

الطب والمجتمع

دراسات نظرية وبحوث ميدانية

- علم الاجتماع الطبي
- الأنثروبولوجيا الطبية
- علم النفس الطبي
- الخدمة الاجتماعية الطبية
- العلوم الاجتماعية وممارسة الطب
- تدريس العلوم الاجتماعية في كليات الطب
- علاقة الطبيب بالمريض
- أخلاق المهنة
- البناء الاجتماعي والصحة
- الثقافة والمرض
- الإدمان
- طب الصحراء
- التفاعل داخل المستشفى

دكتور
نبيل صبحي حنا
أستاذ مساعد علم الاجتماع
كلية الآداب - جامعة القاهرة

الناشر
مكتبة الأنجلو المصرية
١٦٥ شارع محمد فريد ـ القاهرة

سلسلة دراسات الطب والمجتمع

الطب والمجتمع

دراسات نظرية وبحوث ميدانية

دكتور

نبيل صبحي حنا

أستاذ مساعد علم الاجتماع

كلية الآداب - جامعة القاهرة

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد ـ القاهرة

١٩٨٧

اهداء

إلى الله صاحب الشفاء العظيم ... الذى وهبنى نعمة الاهتمام بالمرضى علميًا وعمليًا ....

وإلى المرضى الذين يتطلعون فى رجاء إلى لحظة الشفاء ... إلى الوجوه الشاخصة فى أمل ورغبة إلى من يملك الدواء ...

لقد أعطيتهم إهتماما بسيطا فى صفحات هذا الكتاب وسأكرس من أجلهم وقتى حتى درجة الإجهاد .

مقدمة

لم تعد فكرة ارتباط الصحة والمرض بالعوامل الاجتماعية والثقافية فكرة جديدة ، فقد كانت هناك اشارات — ولو فى صورة مجملة مختصرة — لفاعلية العوامل المذكورة فى الصحة وفى المرض على السواء . والجديد هو أن الفكرة اصبح لها صدى واسع الانتشـــار سواء على مستوى المجـــالات الاكاديمية الطبية والاجتماعية أو على مستوى من يمارسون الطب والعلاج ومن يعملون فى المجالات الطبية من الاجتماعيين ، أو على مســتوى المثقف . والجميع بين الاعجاب بالفكرة والحاجة الى الاقتناع بضرورتها وانتظار جدواها .

وهذا الكتاب فى مجال علم الاجتماع الطبى يمثل اطلالة على هذا المجال الحيوى ، فهو يهتم بشرح العلاقة الاكيدة بين الظواهر الاجتماعية والظواهر الصحية . تلك العلاقة التى مازلت فى حاجة الى مزيد من الدراسة والبحث خاصة وان التراث الغنى الذى اشرنا اليه ليس متاحا باللغة العربية ، ولا يتضمن ما يعكس واقع مجتمعاتنا . وعلى الرغم من أن هناك بعض الجهود قد بدأت تبذل فى مجال علم الاجتماع الطبى فى مجتمعنـــا العربى وظهرت فى شكل كتب او مقالات او بحوث لهدف الحصول على الماجستير او الدكتوراه ؛ الا أن المجال مازال فى حاجة الى جهد مخلص وامين لانه يتصل بحياة الانسان ذلك العنصر الاساسى فى المجتمع ، بل وبدونه لا يوجد المجتمع .

وقد قسمت الكتاب الى خمسة أبواب ، خصصت الباب الاول للتعرف على العلوم الاجتماعية التى اهتمت بميدان الطب وهى علم الاجتماع الطبى والانثروبولوجيا الطبية ، وعلم النفس الطبى والخدمة الاجتماعية الطبية . والهدف من احتواء الكتاب على هذا الباب هو تعريف الباحث فى أى مجـــال من المجالات الاربعة بالفروع العلمية الاخرى التى تتنـــاول الطب من زوايا أخرى . لهذا حرصت ان اقدم زوايا التناول الخاصة لكل تخصص ، وقـــد تطلب ذلك بالطبع بحثا متعمقا فى تراث كل فرع علمى تخصصى .

أما الباب الثانى فقد خصصته لتوضيح طبيعة الاسهام الذى يمكن أن

تقوم به العلوم الاجتماعية فى مجال الطب ، وقد ركزت على الاسهام فى مجال الطب وعمليات العلاج ، ثم فى مجال التعليم الطبى .

وقد افردت الباب الثالث لمناقشة قضيتين فى مجال الممارسة الطبية هما علاقة الطبيب بالمريض ثم اخلاق المهنة . ويعتبر كل موضوع له اهميته وحساسيته فى نجاح آداء الخدمة الطبية . بجانب انهما يمثلان جزءا هاما من تراث علم الاجتماع الطبى .

ثم شرحت بالتفصيل فى الباب الرابع المحور الذى يدور حوله علم اجتماع الطب وهو البناء الاجتماعى والثقافة فى علاقتهما بالصحة والمرض . وقد قدمت فى البداية مفهوم البناء الاجتماعى ومفهوم الثقافة وطبيعة وأبعاد كل منهما ثم علاقة عدد من هذه الابعاد بالصحة أو المرض .

وقدمت فى الباب الاخير من الكتاب ثلاثة دراسات ميدانية قمت باجرائها بنفسى ويتناول كل منها احد الموضوعات التى ترتبط بمجالات اهتمام متنوعة : فالدراسة الاولى — وهى عن الأبعاد الاجتماعية لظاهرة الادمان — تهم من يبحثون عن تفسير لهذه الظاهرة المجتمعية ويبحثون عن الحلول . أما الدراسة الثانية فهى تهم من يدرسون الطب التقليدى وعلاقته بالطب الحديث . والدراسة بعنوان « طب الصحراء » . أما الدراسة الثالثة فهى مقدمة لمن يهتمون بالتفاعل والتنظيم والعلاقات داخل الوحدات الطبية ، فهى دراسة لهذه الجوانب داخل عنبر جراحة رجال .

وتعتبر فكرة التكامل ركيزة أساسية موجهة للعمل فى هذا الكتاب . التكامل بين العلوم الاجتماعية التى تتعاون معا لخدمة المجال الطبى . ثم التكامل بين العلوم الاجتماعية والطبية . وسوف يجد القارىء على كل صفحة من صفحات الكتاب محاولة لتوضيح الفكرة وكيفية الوصول اليها .

وقد تم جمع المادة المكونة للكتاب من المراجع العديدة التى وضعت قائمة بها فى نهاية الكتاب . كذلك من خلال المناقشات التى دارت فى اللقاءات والندوات والمؤتمرات العلمية استطعت ان أدون بعض الافكار والنتائج والخلاصات على بطاقات ساعدت فى اعداد بعض فقرات الكتاب . هذا بالاضافة الى بعض ملاحظاتى فى المجال الطبى .

وقد كتبت هذا الكتاب بعد أن جلت فى عدد من الجامعات المصرية أدرس العلوم الاجتماعية الطبية للطلبة ، أوزع لهم الفكر واحاول زرع الاهتمام بهذا المجال الذى آمنت به منذ سنوات طويلة . ففى جامعتى العريقة

التى أشرف بالانتماء اليها ــ جامعة القاهرة أم الجامعات ــ درست لطلبة الدراسات العليا « الأنثروبولوجيا الطبية » ، وفى كلية الآداب ــ بنها وكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم قمت بتدريس « علم الاجتماع الطبى » . ولطالبات الماجستير فى المعهد العالى للتمريض بالقاهرة قمت بتدريس « تأثير الحضارة على الشخصية » . اما كلية الطب جامعة قناة السويس فقد شاركت فى اعداد ــ الجانب الاجتماعى ــ فى برامج التعليم فيها وشاركت فى تدريس الطلبة فى السنوات الاخيرة . كذلك بعد أن بدأت أشرف على أكثر من رسالة للماجستير ، وبعد أن ناقشت ايضا رسائل فى مجال الاعلام الصحى والامراض العقلية . هذا الى جانب الاشتراك فى المؤتمرات والندوات المتعلقة بهذا المجال .

على اننى لا يمكن ان ادعى أن الكتاب حوى كل الموضوعات التى يهتم بها علم الاجتماع الطبى ، فلا يمكن لكتاب واحد أن يحوى كل الموضوعات . ولكنه حوى اهم القضايا والموضوعات المطروحة على بساط البحث وفى مجال المناقشة .

ان اتساع المجال يستوعب العديد من الجهود ، ويستوعب أيضا المداخل المتنوعة لتغطية هذا البحر المتسع العميق ، لهذا فان مسئولية كبرى قد وضعت على كل من يجد فى نفسه رغبة فى الدراسة والبحث مع التسلح بالفهم العلمى السليم ، لكى يبذل جهدا ويتقدم شيئا يعمل على تحريك التراث نحو مزيد من الثراء . وعلينا أن نشجع الجميع لكى يبنى كل منا جزءا فى جسم هذا الصرح الكبير يتناسب مع اهتماماته وامكانياته ودقته وطموحه واستعداده للبذل .

لمن هذا الكتاب ؟

للاجتماعيين الذين يهتمون بالمسائل الصحية والمجال الطبى وسلوكيات المرضى . ولمن يعملون فى مجال الطب من المهتمين بالقضايا الانسانية خاصة فى دائرة عملهم . ولهذا فالموضوعات التى يحتوى عليها الكتاب لا تهم الاطباء فقط ، ولكنها تهم ايضا كل من يتعاملون مع المرضى او يهتمون بقضاياهم مثل المرضات وغيرهم .

وبصفة عامة فان الكتاب يهم كل من يقفون فى المنطقة الرمادية التى

تشم ذوى الاهتمامات المشتركة بين الطب والمجتمع ، ويهم المثقف العربى الذى يقف أيضا فى هذه الدائرة بين العلوم الاجتماعية والعلوم الطبية .

والشكر يجب أن أهديه فى هذا المجال الى مجتمع المرضى الذى مازلنا نحاول التعرف عليه لخدمته ؛ وخدمته هى الهدف النهائى من وجود الطب والبحوث والدراسات المتنوعة . والى مجتمع الاطباء — من الاكاديميين والممارسين — لانهم اعطونا — كاجتماعيين — فرصة الدخول الى محراب الطب المقدس ، وسمحوا لنا أن نناقش معهم ميدان تخصصهم الهام .

ونفتنا الله .

القاهرة فى ١٩٨٧/١/٧

نبيل

فهرس الكتاب

صفحة

صفحة

الباب الثانى

اسهام العلوم الاجتماعية والسلوكية فى الطب والعلاج

صفحة

الباب الثالث

ممارسة الطب

الباب الرابع

البناء الاجتماعى والثقافة

صفحة

الباب الخامس

دراسات ميدانية وبحوث

صفحة

البـــاب الاول

الدراســـــات الاجتمــاعية والطب

الفصـــل الأول

علم الاجتمـــاع الطبى

ظهر علم الاجتمـــاع الطبى كمجال متميز للبحث عندما بدأ من يعملون فى مجـــال علم الاجتماع العام يدركون أهمية البعد الاجتماعى فى الاصـــابة بالامراض . وعلى الرغم من أن علم الاجتماع الطبى يُعتبر احد مجالات البحث الحديثـــة الا أن جهود رواد علم الاجتماع الذين تناولوا القضايا الطبية — السوسيولوجية بالدراسة والبحث قد أدت الى تراكمات ذات قيمة كما أدت الى ثراء تراث هذا الفرع الوليد . وقد بدأ تلك الجهود رواد علم الاجتماع ، فهناك على سبيل المثال دراسات ميرتون Merton عن التعليم الطبى وتحليل بارســـونز Parsons لدور المريض وغير ذلك (١) . ونظرا لانساع نطاق الدراســة فى الآونة الحديثة ، بحيث اصبح التخصص يحتوى على كم هائل من الدراسات ، فقد تضمن ذلك قدرا من تنوع المداخل والاهتمامات ووجهات النظر .

ولم يقتصر الاهتمام بهـــذا المجال على من تخصصـوا فى دراسة علم الاجتماع فقط اذ جذب أيضـا — وان كان ذلك حديثـــا نسبيا — انتبـــاه من يعملون فى مجـــال المهن الطبية . كما جذب انتبـــاه طلبة الطب والتمريض وغيرهم . وقد كان ادخال مادة علم الاجتماع الطبى كمادة أساسية فى مناهج الدراسة ومقررات كليات الطب دليلا على ادراك أهمية هذا التخصص الذى يهتم بالعلاقة بين الفرد والمجتمع ، تلك العلاقة التى تؤثر فى خبرات الفـــرد فيما يتعلق بالصحة والمرض . وتؤثر فى استجابات الاخرين — مثل استجابات الاقارب والاطبـــاء والجهات الحكومية — لهـــاتين الظـــاهرتين (الصـــحة والمرض) (٢) .

---

(1) Freeman and others, Handbook of medical Sociology prentice-Hall, Inc. New Jercy, 1979, pp. 460, 475.

(2) Donald L. Patric and Graham Scambler, Sociology as applied to medicine, Bailliére Tindall, London, 1982, p. x.

الركـائز الاساسية لعلم الاجتماع الطبى :

المطالع لتراث علم الاجتماع الطبى يمكنه أن يجد عدة ركائز للعمـل السوسيولوجى . وتعتبر هذه الركائز موجهات للعمل الامبريقى سواء فى اختيار المشكلات او فى كيفية تناولها ، كما يمكن النظر اليها على أنها أسس التفكير التى يلتزم بها من يعملون فى هـذا المجال ، وهى تعتبر ايضا الاطر المرجعية الممتـدة جذورها فى تربة علم الاجتماع العام ــ تنهل من المقولات والمسلمات الراسخة فيه ــ والواقفة جزوعهـا على ارض الواقع تتأثر به وتستجيب لاحتياجاته . واهم هذه الركائز :

أولا ــ أن الظواهر والعوامل الاجتمـاعية فاعلة بقوة فى الصـحة والمرض على السواء :

لقد أدرك الطب منذ ثلاثة قرون على الاقل أن الامراض ليست مجـرد ظواهـر طبيعية تحدث بطريقـة عرضية غير محسوبة ، فقـد اتضح أن الامراض ترتبط بطبيعة حياة النـاس وبالظواهر الاجتماعية التى تنشأ من وجودهم معـا ، فهى ترتبط بالمهن التى يمارسونها كمـا ترتبط بعـاداتهم اليومية . وعلى سبيل المثال فان مرض التسمم السليكى (٣) Silicosis يرتبط بالعمل فى التعدين . وقـد ادى التعرف على ذلك اليوم الى اخضاع ممارسة هـذه المهنة الى اشراف طبى وتنظيم قانونى . كـذلك فان بعض الامراض الاخرى ترتبط بالبيئة الاجتماعية ، فقد اتضح أن التهاب المعـدة والامعـاء Gastroenteritis كان يحـدث فى المـاضى بسبب الظروف المعيشية السيئة التى تتميز بالمنازل الفقيرة سيئة التهوية وسوء التغذية . أما شلل الاطفـال اليوم فهو يصيب حتى هؤلاء الـذين يعيشون فى ظروف صحية مقبولة . وبصـفة عامة فانه فى معظم الامراض نجـد أن الظروف الاجتماعية وظروف العمل تعتبر عاملا اساسيا فى وجود المرض ، ونحتـاج أن نكون على وعى بها عند تشخيص المرض ، كما أن ادراك ابعادها يعتبر عاملا ضروريا من عوامل تحديد فرص نجاح العلاج .

يمكننا القول اذن أن البيئة الاجتماعية والاقتصادية تعتبر جزءا لا يتجزأ من البيئة الطبيعية . فهى تسهم فى تحـديد حدوث المرض والتكهن بمـدى انتشاره أو انحساره . ويترتب على ذلك ان هنـاك احتمال وجود تنوع فى

---

(٣) مرض رئوى متميـز بقصر النفس ناشىء عن تنشق طويل المدى لغبار السليكا .

الامراض التى تنتشر فى مجتمعات ذات بيئات وأبنية اجتماعية ونظم اقتصادية متنوعة (٤) .

وقد ادى وعى علماء الاجتماع بتاثير الظواهر الاجتماعية على الصحة والمرض الى انطلاق بحوثهم ودراساتهم الى مجالات عديدة بحثا عن هـذا التاثير . ولعل أول الموضوعات التى اهتم بهـا علماء الاجتمـاع الطبى مع غيرهم من العلماء الاجتماعيين على مدى زمنى طويل موضوع تفاوت المستويات الصحية وفقا لاختـلاف الاوضاع الاجتماعية ، على أسـاس أن الظروف المعيشية السيئة سوف تفـرز أمراضا يمكن الا ترتبط بظروف اجتمـاعية وخالفة . وقد وجه علماء الاجتماع النظر الى هذا الموضوع فأشاروا الى أن الرعاية الصحية يجب أن تقدم لمختلف المستويات دون تفرقة ترجع الى أى نوع من الاختلاف ، خاصة الاختلاف فى المكانة الاجتماعية (٥) .

وقد اتجهت مجمـوعة من هـذه البحوث الى البحث عن أثر التنظيم الاجتماعى وتغيراته على الصحة والمرض ، بمعنى كيف تبدو الجماعة عندما ننظر اليهـا فى لحظـة زمنيـة معينـة . ثم كيف تتغير عبر الزمن (التغير الاجتماعى) . وسوف تكون الصورة متكاملة عندما يتضمن الموضوع دراسات لكلا الجانبين . وعلى سبيل المثال فان دراسة المستشفى فى الوقت الحالى (فى لحظة زمنية معينة) سوف توضح أن أحد مراكز القوة بهـا هى لمـدير المسـتشفى ، ومع ذلك فان ذلك لا يشرح بكفـاية قصة بنـاء القـوة فى المستشفى . ولذلك فان دراسة المستشفى خلال ثلاثين سنة مضت سوف توضح أن القوة التى ترتبط بهذا المركز قد تراكمت عبر الزمن الى أن وصلت الى الصـورة الحالية . ولهذا فان كلا النوعين من الدراسة يكملان بعضهما . فالدراسة تبدأ ببحث الموضوع أو النظام أو المؤسسة فى لحظة زمنية معينة ثم نختبر التغير خلال فترة زمنية أو أكثر .

لقد أدى الوعى بهـذا الاثر الى ظهور دراسات أخـرى عديدة سوف لا نستطيع أن نعرض لها بالتفصيل فى هذا النطاق المختصر ، ولهذا فسوف نشير الى نماذج منهـا باختصار شديد . لقد ظهرت مجموعة بحوث تدرس انتشار المرض فى بيئات اجتماعية خاصة وبين فئـات اجتماعية متباينة . كما

---

(4) Susser M.W. and Watson W., Sociology in Medicine, Oxford University Press, Scond Edition, London, 1975, p. vii.

(5) Harvey Brenner, Assessing the Contribution of Social Sciences to Health, American Association for the advancement of Science, Washington, 1980, p. 21.

ظهرت مجموعة أخرى من البحوث تركز على التوجهات والقيم المتعلقة بالصحة . فهناك بحوث ودراسات تدور حول تقبل وادراك الافراد ومعتقداتهم ووجهات نظرهم حول الصحة والرعاية الصحية . أما مجموعة الدراسات الاخرى فقد اهتمت بالسلوك الصحى كسلوك ثقافى ، فدرس العلماء فى هذا المجال العمليات وانماط السلوك التى تنتج عن قرارات الافراد التى يتخذونها لمنع المرض ولتحقيق مستوى صحى لائق واتباع نظام صحى معين . كما ارتبطت مجموعات أخرى من البحوث بدراسة مدى كفاءة الخدمات.ونظم الرعاية الصحية كنظم اجتماعية لمقاومة المرض ، وقد تضمن ذلك أيضا اجراء بحوث لتقويم الخدمات الصحية (٧) .

ثانيا — أن النظرة الى الانسان يجب ان تكون نظرة شاملة تكاملية وأن سلوكه الصحى هو محاولة للتكيف مع البيئة :

يقوم علم الاجتماع الطبى على ركيزة هامة وهى أن الانسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الاربعة : العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية بصفة دائمة مادام يعيش فى مجتمع انسانى وفى بيئة اجتماعية . ويؤثر وجوده فى المجتمع على نمو شخصيته بطريقة معينة تؤدى الى نمط متميز للشخصية . وتلعب العوامل الاجتماعية والثقافية دورا أساسيا فى التأثير على كل جانب من هذه الجوانب بفعل عمليات التنشئة الاجتماعية والثقافية المستمرة . كما أن اضطراب اى بعد من ابعاد الشخصية الاربعة سوف يعنى التأثير فى الابعاد الثلاثة الاخرى مادامت هذه العوامل الاربعة فى حالة تفاعل . ويترتب على ذلك أن علاج اى بعد دون النظر الى الابعاد الاخرى سوف تكون محاولة اضعف من أن تصل الى درجة النجاح (٨) .

ويرى بعض علماء الاجتماع أنه يجب النظر الى السلوك الانسانى والانشطة المرتبطة به لمواجهة المرض على انه عملية تكيف للبيئة . ويتم بذلك النظر الى سلوك الناس لمكافحة المرض والحفاظ على الصحة على انه كفاح يهدف الى التحكم فى البيئة ومواقف الحياة . وفى ضوء ذلك ايضا يجب النظر

---

(6) John Denton, Medical Sociology, Houghton Mifflin Company, London,. 1978, pp. 3, 4.

(7) Freeman and others, Op. Cit., pp. 463-467

(٨) حسين عبد الحميد رشوان ، دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والامراض . دراسة فى علم الاجتماع الطبى ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٣ ، ص ١١٠ .

إلى هؤلاء الذين يقومون بالرعاية الصحية على أنهم يحاولون التكيف لاحتياجاتهم . وباختصار فان السلوك المرضى ورد الفعل تجاه المرض هى كلها جوانب فى هذا الحوار الذى يقوم من خلاله كل من يشاركون فى الموقف بمسئولياتهم ، والتحكم فى البيئات التى يوجدون بها ، ولكى يستطيعوا أن يعيشوا يومهم ويواجهوا مشكلاته ويمكنهم التنبؤ بمستقبله . وما يجب أن ننتبه اليه هو أن معظم نظريات العلوم السلوكية قد تجاهلت هذا النضال الفعال ونظرت الى السلوك الانسانى على انه سلوك ثابت وراسخ وليس على أنه سلوك متغير ومتجدد كاستجابة للحاجات والتحديات البيئية . ويلاحظ أن الطريقة التى يفسر بها الناس والهيئات المرض ويستجيبون له تعتبر نتاجا للمشكلات التى يواجهونها فى تعاملهم مع البيئة الاجتماعية . وبالمثل فان ردود الفعل للمرض يمكن التعرف عليها من خلال التعرف على المواقف المتغيرة التى يتعرض لها المجتمع ، وفى ضوء المصادر المتاحة لمواجهة التغيرات . وباختصار فان الصحة والرعاية الصحية يمكن فهمها اذا استطعنا فهم اطارها الاوسع وهو نضال الانسان ومحاولاته للتكيف مع مواقف الحياة .

ويمكن أن ينظر عالم الاجتماع الى الطب كمجال تطبيقى ويمكن أن ينظر اليه أيضا كعلم اجتماعى . وللطب ثلاث مهام رئيسية هى :

١ — معرفة كيفية ظهور بعض الاعراض أو المشكلات والمتاعب أو الأمراض عند الفرد أو الجماعة .

— ٢ — التعرف على هذه الامراض أو أعراضها ومحاولة علاجها ، أو الحد من تطورها والتغلب على الخلل المتسبب عنها .

— ٣ — تنمية الظروف المعيشية لدى الجماعات السكانية والارتقاء بها — بهدف تجنب الاخطار التى تتعرض لها الصحة وبالتالى منع المرض .

ويمكن تحقيق كل هذه الاهداف بفعالية اذا استطعنا أن نعطى اهتماما للعوامل الاجتماعية والنفسية مثلما نعطى اهتماما للعوامل البيولوجية . وعلى سبيل المثال فان الكثير من الانشطة الطبية — سواء كانت بحوثا طبية أو كانت عمليات علاجية أو كانت عملا وقائيا — تتطلب فهما للضغوط الاجتماعية والثقافية التى تؤثر فى ادراك الفرد لاحتياجه للمساعدة : وتؤثر فى قراره الذى يتخذه للبحث عن هذا العلاج ، وتؤثر ايضا فى استجابته للعلاج . ونحن اذا لم نأخذ فى اعتبارنا أننا يجب أن نهتم بهذه العوامل فى تدريب العاملين فى مجال الطب ، وفى التعامل مع المرضى وفى التخطيط للخدمة

الصحية الاجتماعية فسوف نستمر فى ارتكاب أخطاء فاحشة فى هذه المجالات الثلاثة (٩) .

ثالثا — يعتبر الطب من حيث الظواهر والمهنة والتنظيم والممارسة موضوعا للدراسة السوسيولوجية :

تتضمن كلمة الطب العديد من المفاهيم والمعانى . فالطب هو الاطباء أعضاء هذه المهنة وهو يتضمن أيضا تكنولوجيا الطب ، والاكتشافات الطبية ، والتطور . والانتشار . ويتضمن الطب أيضا العلاقة بين فئة المرضى وفئة هؤلاء الذين يصنفون على انهم معالجين . ويتضمن أيضـا عملية التعليم الطبى بالنسبة لكل هؤلاء الذين يعملون فى المجال . ويدخل فى نطـاقه أيضا النظام الطبى ؛ ورسم السياسة التى تحـدد كم ونوع الرعاية الصحية . ويمتد مفهوم الطب أيضا الى المعتقدات التى تكون فى الذهن عندما نحدد من يحتاجون الى العلاج ، وماذا يجب أن يقدم لهم ، ثم كيف تنتقل وتتأكد هذه المعتقدات . ويتضمن أيضا التغيرات فى معدلات المواليد والوفيات . كمـا يتضمن المسائل التى تتصل بالموت الهادىء Cuthanasia ، ويتضمن أيضا الجوانب الادارية فى المستشفى ، ومسائل عديدة أخرى يمكن أن تكون مجالا لدراسة علم الاجتماع .

ونظرا لان مصطلح الطب يعنى العـديد من الاشياء بالنسـبة لاناس مختلفين فانه من الصعب مناقشته دون توضيح ما نعنيه بكلمة الطب عنـدما نستخدم المفهوم . ويمكن أن يحدث هـذا الايضاح بسهولة عنـدما نقسم الناس الى فئتين : فئة المرضى وفئة غير المرضى .

نتيجة لهذا ينظر علماء الاجتماع الى الطب كظاهرة يمكن تعريفها تعريفا اجتماعيا وهذه المؤسسات والهيئات التى ذكرت على انهـا مكونات لمفهوم الطب هى الميكانيزمات التى كونها المجتمع لكى يستطيع التعـامل مع الفئات المختلفة للمرضى أو غير المرضى . بل أن فكرة تقسيم الناس الى مرضى وغير مرضى ترتبط بما يسود لدى الناس فى مجتمع معين من أفكار ومعتقدات عن المرض . وطالما أن الطب له جانبه الاجتماعى فان افضل طريقـة لدراسته وتحليله هى التى تتم من خلال الدراسات الاجتماعية ، تلك العلوم التى تركز على دراسة المجتمعات والثقافات ومنها علم الاجتماع الطبى ، ذلك العـلم

---

(9) John Denton, Op. Cit., p. 1.

الذى يمكنه ان يقدم لنا عـــددا من الاسـهامات لتحقيق مزيد من الفهم للطب وللمواقف الطبية ، وهو يعتمـــد فى بحوثه ودراساته على اجراءات علميـــة صادقة (١٠) .

التوجيـه النظرى والواقع التطبيقى :

والقضية الاساسية التى لا يمكن تجاهلها فى هذا المجال هى قضـــية علاقة النظرية بالتطبيق فى مجال الدراسة السوسيولوجية للظواهر الطبية . وهى تعنى أن السوسيولوجى الذى يبحث فى المسائل الطبية لابد أن يكون لـــديه وضوحا ورأيا محـــددا يتعلق باستخدام النظرية وعلاقتهـــا بالبحث التطبيقى . وأعتقد انه لا يجب علينا أن نخوض فى مناقشة قديمة مطولة عن ضرورة الانطلاق من اطار نظرى فى اجراء البحوث الميدانية ، فقـــد أصـبحت هذه مسلمة ضمن المسلمات التى لا تحتاج الى عناء الجدل لاثبات صحتها . فيعتقـــد من يعملون فى الحقل السوسيولوجى اليوم أن الفـــائدة متبادلة بين النظـــرية والتطبيق ، وأن الباحث السوسيولوجى اذا أجـــرى دراســـاته مسترشدا بالنظرية فان بحثه سيكون اكثر نجاحا ، كما أن الباحث اذا أجاد تحليل نتائجه الميدانيـــة وفق الاسس العلمية الصحيحة وكـــان متمكنا من اشتقاق القضايا من الواقع الامبيريقى فانه سيصل الى خلاصـــات وقضايا تصلح للاستخدام فى مجال التنظير ، وعلى سبيل المثال فان دراسة المسنين فى المجتمع لن تنتج لنا فقط بحثا يحـــدد حاجات المسنين الصـــحية وجوانب العجز لديهم ، ويشير الى طبيعـــة عزلتهم ، ويرشد الى كيفيـــة رعايتهم ، ولكنه سيثير مسائل نظرية أخرى : فهو يمكن أن يثير التساؤل عن الاسباب التى تؤدى بالمسنين أن يأخذوا موقفا متباعدا داخل المجتمع ، أو عن القوى الاجتماعية التى تخلق وتدعم عجز المسنين . ويشير البعض فى اطار ذلك الى أنه حتى اذا كانت المشـــكلات الصحية الملحـــة هى التى تؤدى الى اجراء البحوث ، فان هـــذه البحوث تثير مسائل أساسية لها طابعهـــا النظرى . ولهذا فما يظهر على أنه موضوع اهتمام صانع السياسة الصحية يمكن أن يكون أيضا موضوعا للتحليل النظرى (١١) .

لهذا لا شك أن الانطلاق من الاطر النظرية الكثيفة التى تملأ تراث علم

---

(10) David Tuckett, An Introduction to Medical Sociology, Tavistock Publications, London, 1976, p. 35.

(11) Myfanway Morgan and others, Sociological Approaches to Health and Medicine, Croom Helm, London 1985, pp. 283, 284.

الاجتماع سوف يؤدى — على المدى الطويل — الى نوائد اعم ونتائج افضل مما يقفز الباحث الى تناول القضايا والمشكلات الواقعية دون تسلح نظرى كاف . ذلك أن الصياغات النظرية الواضحة تساعد على بحث المشكلات الواقعية بطريقة أفضل وتصل الى نتائج أكثر دقة . وهذا لا يعنى أن يستغرق الباحث فى دراسات نظرية يبتعد فيها عن الالتزام والارتباط بحل مشكلاته المجتمعية ، ولكنه يعنى أن اسهام السوسيولوجى يكون هو التحليل العلمى الصادق لجوانب الازمات الصحية .

ويميل بعض علماء الاجتماع فى توجههم أن تركز دراساتهم على المستوى الاجتماعى الاكبر أو الوحدات الكبرى macro-sociological اكثر من تركيزهم على المستوى الاجتماعى الاصغر أو الوحدات الصغرى micro-sociological ، بينما يوجد من يركزون على المستوى الثانى . ويرجع تفضيل المستوى الاول ليس بسبب عدم تقدير الدراسات التى تركز على مستوى المجتمع المحلى أو الانواع الاخرى من المستويات التصورية ولكنه يرجع الى أن هذا المستوى يتسق اتساقا شديدا مع اتجاه علم الاجتماع الذى يركز على الاحداث والقوى الفاعلة فى المجتمع ككل على أساس أن الدراسات التى تنتج عن تبنى هذا الاتجاه تقدم اطرا وتوجهات تساعد على دراسة المواقف والمشكلات على المستوى المحلى الاضيق . ويساعد تبنى اتجاه المستوى المجتمعى الاكبر أيضا على أن تزداد قدرة الباحث فيستطيع تصور النسق الصحى فى مكانه الصحيح داخل اطار النسق المجتمعى العام . ويتضمن هذا الاتجاه النظر الى النسق الصحى على انه نسق يتداخل ويتساند مع الانساق الاخرى (مثل النسق التعليمى والاسكانى وما الى ذلك) ، من أجل تحقيق قدر من الدعم البنائى المتبادل . ويمكن من خلال هذه الدراسة التعرف على عدم استقرار توازن هذه الانساق فى مجتمع سريع التغير .

وينطلق الاتجاه البنائى الوظيفى من منطلق الحاجات الوظيفية للمجتمع : وهى قدرة الاعضاء على أن يؤدوا أدوارهم بطرق تنظيمية متنوعة داخل ومن خلال البناء الاجتماعى . ولهذا فان النسق الاجتماعى يعتمد الى درجة كبيرة على الاحتمالات والتوقعات الاحصائية للافعال التنظيمية التى يقوم بها الافراد ، واذا وضعنا فى اعتبارنا الطبيعة البيولوجية والنفسية فان المرض والعجز والوفيات غير الطبيعية والمبكرة تمثل تهديدا لقدرة النسق على القيام بوظائفه . لانه من وجهة نظر هذا النسق فان الصحة أحد المصادر الاساسية (يأتى فى الاهمية بعد الحياة مباشرة) التى لا يمكن الاستغناء عنها حتى على الرغم من وجود المعاناة الشخصية ، وأنواع القلق التى يسببها المرض والاصابات وارتباطها بالعجز والوفاة . وفى ضوء ذلك

يمكننا أن ننظر الى الطب ، وظهور الادوار الطبية العلاجية والثقافة الصحية كاستجابة اجتماعية ثقافية لهذا التهديد الذى يمكن أن يؤدى الى العجز . وعلى ذلك فان المجتمع الحديث وقد أصبح مجتمعا يتميز بالتنوع والتفاوت على المستوى العالمى فقد أعطى فرصة لظهور النسق الطبى شديد التميز عن الانساق الاخرى مثل النسق العائلى أو الاقتصادى أو السياسى أو الدينى ... الخ . ونظرا لان النسق الصحى شديد الوضوح وشديد التميز فيمكننا أن ندعى امكانية رسم الحدود التى تميز النسق الصحى ، وأن كانت سوف تظهر لنا بعض المساحات الرمادية التى يرتبط فيهـا النسق بأنساق أخرى . وعلى سبيل المثال فان الصيدلية تعتبر جزءا من النسق الصحى عندما تقوم ببيع الدواء ، أما اذا تضمنت عملية بيع أشياء أخرى مثل السجائر أو غيرها كما يحدث فى صيدليات بعض الدول فان العمل الاخير لا يعتبر جزءا من النسق الصحى ، ولهذا فبمجرد أن نستطيع تحديد اطار النسق الصحى العام أو الانساق الصحية الفرعية التى تكون هذا النسق الصحى العام فان المسألة التصورية التى تلى ذلك هى التعرف على المدخلات التى تدعم النسق طالما أن النسق لا يمكن أن يكون فى حالة استقلال تام (١٢) .

ويجب أن نشير الى أن الفوائد التى سوف نجنيها من تبنى ما يمكن أن نطلق عليه الاتجاه النظرى / التطبيقى فى دراستنا للظواهر الصحية لا يمكن أن تحصى ، ويمكننا أن نأخذ مثالا واحدا يؤكد لنا ضرورة الاهتمام بالجوانب النظرية لفهم الواقع التطبيقى . فنحن نعرف أن علماء الاجتماع يميزون بين مصطلحين : الاول هو الجمع grouping والثانى هو الجماعة group . والجمع يتكون من شخصيتين (أو أكثر) تجمع بينهما (أو بينهم) بعض السمات المشتركة . أما الجماعة فيسود بين أعضائها — بالاضافة الى السمات المشتركة — بناء للتفاعل . وعلى الرغم من أن التفرقة بين المصطلحين يمكن أن تكون صعبة ، فان بعض الامثلة يمكن أن توضح لنا الفرق بين الاثنين . فالنظرة الاولى للجمع توضح لنا ان مجموعة الافراد ذوى سمات مشتركة وأنهم يهدفون الى الانضمام الى كيانات عامة لكى يأخذوا أدوارهم ويعتبروا كفاعلين فيها مثل الممثلين أو الموسيقيين . واذا حاولنا أن ننظر نظرة أعمق يمكن ان نقول أن هؤلاء الافراد يدركون تفاوت المكانات التى ربما ترتكز على المظهر او الملبس او العدوانية فى اجراء الاتصالات ... الخ) . كما يمكن أن ترتكز على اختلاف الاعمال التى تؤدى داخل كل

(12) Rey H. Elling and Magdalena Solowska, Medical Sociologists at work, Transaction Books, New Jercey, 1978, pp. 110-112.

تجمع . ويمكن ان تكون لديهم أيضا مجموعة من المعتقدات التى تدور حول كيف يجب أن تعمل الجماعة ؟ ، وماذا يجب أن يرتدى الاعضاء ؟ ، والى اى مرحلة عمرية يجب ان ينتموا ؟ ، وكيف يجب أن يحددوا الاهداف العامة المرغوبة ؟.

فى هذه الحالة يمكن أن ننظر الى المرضى للوهلة الاولى على انهم يشكلون تجمع يجمع افرادا يشتركون فى بعض السمات . ولكن اذا ظهر لاهتمام بين المرضى بحقوقهم ، وتكونت لديهم معرفة ، وطوروا بناء القوة الخاص بهم ، فان كل ذلك يمكن ان يؤدى فى المستقبل الى نمو وعى المرضى بأوضاعهم المشتركة ، ويؤدى هذا بدوره الى نمو التفاعلات البنائية بين المرضى . وبهذا يتحول التجمع الى جماعة ، ولهذا يمكن دراسة مدى وضوح نكرة البنائية فى التفاعل بينهم . وكل هذا يثرى من معرفتنا بالمرضى وأوضاعهم وتفاعلاتهم والنتائج المترتبة على هذا التفاعل سواء فيما بينهم ، أو بينهم وبين غيرهم من أعضاء المهن الطبية الذين يقومون بعلاجهم (١٣) .

واذا حاولنا أن ننظر الى واقع علم الاجتماع الطبى الان فسوف نجد انه يعكس لنا — كفرع علمى متسع ومتميز — **لتعدد اهتمامات من عملوا فى هذا المجال** . واذا كان من يعملون فى مجال الطب من المتخصصين فى علم الاجتماع يشتركون فى الاعتقاد بأهمية وضرورة التوجه النظرى عند دراسة المشكلات الواقعية الا أنهم يتباينون فيما يتعلق بتوجيهاتهم النظرية فى مجال عملهم . فعلى طرف نجد من يحاولون ان يعتبروا أن المجال الطبى والصحة والمرض هى المجالات التى يمكن أن تكون موضوعا لدراساتهم والتى تسمح لهم باختبار فروضهم حول السلوك الانسانى . وعلى الطرف الاخر هناك أيضا من تدربوا جيدا فى مجال الاهتمام بمشكلات طبية خاصة تتعلق بالوقاية أو العلاج ، أو بتحديد الاستخدام الامثل للموارد الصحية والذين أصبح ارتباطهم بالطب يفوق ارتباطهم بعلم الاجتماع . ويرى البعض أن معظم من يعملون فى مجال الطبه من السوسيولوجيين يحاولون احداث بعض التوازن بين هذين المجالين . فهم يعملون فى المجال الطبى على أنه المجال الذى يتيح لهم فرصة الاسهام فى تنمية المعرفة فى مجال علم الاجتماع وفى نفس الوقت الاسهام فى حل المشكلات الطبية . وربما هذا هو ما دعى ستراوس Straus الى التفرقة بين علم الاجتماع الطبى Sociology

---

(13) John B. Denton, Op. Cit, p. 2.

of medicine وعلم الاجتماع وعلم الاجتماع فى مجال الطب Sociology in medicine (١٤) .

على أننا يجب أن ننبه فى اختصار الى ما أشار اليه ميكانيك من أن بعض النظريات التى نصل اليها عن طريق دراسة الوقائع (تلك التى يجب أن تساعد أيضا على فهم الواقع وتوجيه الافكار فيما يتعلق بدراسة هـذا الواقع) أحيانا تبدو بعيدة جدا عن تفسير الواقع الى درجة تفقـد معهـا وظيفتها .

الاهتمامات السوسيولوجية وموضوعات الدراسة (١٥) :

تمثـل الموضوعات التى يتطرق اليهـا علماء الاجتمـاع الطبى حجم الاهتمامات فى هذا المجال ، وهى تشكل الجزء الاكبر من التراث . ولهـذا فان مناقشتنا لهذه الموضوعات سوف تثرى من معرفتنا بماهية علم الاجتماع الطبى . ويتضمن التعرف على الموضوعات المـرور بالمقولات الاسـاسية والمفاهيم العامة المستخدمة فى التخصص . ويمكننا تقديم الاهتمامات الرئيسية فى شكل موضوعات عامة تندرج تحت كل منها عديد من الموضوعات الفرعية التى يصعب حصرها .

التاريخ الاجتماعى للطب : لعب الطب دورا إجتماعيا على مدى العصور الطويلة وأدى هذا الدور الى التأثير فى علاقة الانسان بالمرض . وقد تضمنت كتابات سوسيولوجية عديدة اشارات الى هذا الجانب ، ونخص بالذكر هنا الكتب التى خصصت فصولا لدراسة هـذا الموضوع قبـل أن تتطرق الى الموضوعات المعاصرة التى يهتم بها علم الاجتماع الطبى .

الابعاد الاجتماعية للمرض : ويعتبـر هذا الموضوع موضوعا شـاملا تندرج تحته مسائل عديدة يمكن تصنيفها الى العناوين الآتية :

---

(14) Freeman and others, Op. Cit., pp. 75, 76.

(١٥) افاد المؤلف فى اعداد هذا الجزء بالكتب العديدة التى يعتبر كل منها مدخلا فى دراسة علم الاجتمـاع الطبى بحيث شكلت الموضوعات التى عرضت فيهـا والبحوث التى نشرت على صفحاتها الجزء الاكبر من هـذه السطور ، وخاصة الخمسة عشرة مجالا التى حددها ميكانيك فى كتابه علم الاجتماع الطبى . انظر :

David. Mechanic, Medical Sociology. A Selective View, The Free Press, New York, pp. 1-11.

أ — التوزيع الاجتماعى للمرض ، بمعنى انتشار الامراض بين فئات اجتماعية معينة .

ب — العوامل والأسباب الاجتماعية للمرض .

جـ — المظاهر والمصاحبات الاجتماعية للامراض .

د — الاثار الاجتماعية المتفاوتة الناتجة عن الاصابة بمرض أو آخر .

لقد عرف كثير من علماء الاجتماع الطبى أنفسهم على انهم متخصصين فى الدراسة الاجتماعية لوجود المرض . لهذا ركزوا دراساتهم على توزيع المرض وتوزيع الخدمة الصحية ، والاسباب المؤدية الى الاصابة بالامراض مثل الامراض العقلية والسرطان وأمراض القلب . ويوضح لنا التراث المتوفر فى هذا المجال الاهتمام بمختلف الامراض المزمنة وان كانت الامراض النفسية والعصبية قد احتلت مكان الصدارة فى اهتمامات العلماء .

وقد درس علماء الاجتماع التوزيع الاجتماعى للامراض فى مجتمعات مختلفة ، فدرسوا أمراض المجتمعات ما قبل الزراعية ، وأمراض المجتمعات الزراعية ثم أمراض المجتمعات الصناعية الحديثة . وقدموا تفسيرات عديدة للتغيرات التى تحدث فى خريطة انتشار المرض ، فقد اهتموا مثلا بتغير نسب انتشار الامراض وعلاقتها بالعوامل الاجتماعية فى المجتمع الحديث .

أما موضوع الاسباب الاجتماعية للامراض فقد ارتبط ارتباطا شديدا بدراسة الامراض النفسجسميه Psychosomatic diseases فقد وجدوا أن هناك أسبابا اجتماعية ونفسية للمرض العضوى ، ذلك أن الضغوط والتوترات التى يحدثها التغير الاجتماعى والموت الذى يؤدى الى الحرمان من الوالدين والعمل ، تؤدى الى تعرض الناس للامراض . كما اتضح أن طبيعة بعض الانساق الاجتماعية تؤدى الى نفس النتيجة .

ولعل أهم المصاحبات الاجتماعية للامراض ما يتعلق بالمفهوم السائد عن المرض ، ومحددات هذا المفهوم ، ثم تغير مفاهيم المرض بفعل عوامل إجتماعية . فهناك مفهوماً اجتماعيا سائدا لمعنى الصداع . أو الادمان . كما أن الناس بسبب عوامل اجتماعية تتبنى مفاهيما مختلفة عن المرض . وتعتبر المعتقدات التى تسود لدى جماعة بشرية معينة عن المرض هى أحد هذه المحددات :

وتؤدى التغيرات التى تسود فى المجتمع الى تغير مفاهيم المرض . ويبدأ علماء الاجتماع الطبى فى تتبع هذا الموضوع من مراحل تاريخية قديمة فيدرسون المعتقدات السائدة حول مرض معين فى اطار تاريخى يبدأ من المجتمعات القديمة الى المجتمعات المعاصرة .

والملاحظة العامة التى يجب أن نضعها فى أذهاننا عند مطالعة التراث المتعلق بالبعد الاجتماعى للامراض هى أن علماء الاجتماع قد استندوا الى المفاهيم العامة السائدة فى العلم الام وحاولوا أن يجعلوا منها اطارا مرجعيا يوجه اهتماماتهم ويلون لغتهم التى تكلموا بها الى القارىء المتخصص فى الاجتماع أو فى الطب على السواء . وقد أدى هذا الى أن ينظروا الى مجال الطب والعلاج بصفة عامة على أنه المجال الذى يتميز بطابع اجتماعى . وسوف نحاول هنا أن نقدم نماذج لهذه المفاهيم التى كانت مؤثرة عليهم فى اختيار الموضوعات التى درسوها .

ادى الاهتمام السائد فى علم الاجتماع بدراسة السكان وعلاقة الظواهر السكانية بالاقتصاد الى نمو دراسات الاقتصاد والسكان والصحة ، فقد درس علماء الاجتماع العلاقة بين هذه المتغيرات فى المجتمعات الصناعية والزراعية والرعوية . ويتضمن ذلك دراسة التغيرات التى تحدث فى هذه المجتمعات وأثرها على الصحة . وقد تبنى البعض تصنيفا متميزا للامراض التى تنتشر فى هذه المجتمعات ، فقد قسموها الى أمراض تميل الى الاختفاء ثم امراض باقية ومستمرة فى فترة معينة ، وأمراض تقاوم لتغير ، ثم الامراض الحديثة .

وقد اهتم علماء الاجتماع الذين تلقوا تدريبا فى مجال الديموجرافيا بموضوع دراسة حالات الوفاة ونسب الوفيات . ويشكل اهتمام علماء الاجتماع الطبى بهذا المجال جزءا من الاهتمام الواسع بهذا الموضوع . فقد اهتموا بتغير انماط الوفاة ، وتاثير العوامل الاجتماعية على نسبة الوفاة . وهم يهتمون الان بادخال النظم والمؤسسات الطبية المختلفة واثرها على التغيرات التى تحدث فى المرض والوفاة . وأهم المتغيرات الاجتماعية التى تم دراسة علاقتها بنسبة الوفيات هى السن والجنس والسلالة والمكانة الأجتماعية الاقتصادية .

وقد كان مفهوم الحراك الاجتماعى وما يتعلق به من جوانب نظرية وتطبيقية مثيرا لدراسات تحاول الربط بين الحراك الاجتماعى والصحة والمرض ، فالحراك الاجتماعى أصبح ظاهرة تميز المجتمع الحديث فالافراد

يغيرون أعمالهم وعلاقاتهم وأماكن اقامتهم ، وينتقلون من طبقة الى اخرى ومن مستوى وظيفى أو تعليمى الى آخر . . . وهكذا .

ويرى العلماء الاجتماعيين أن الحراك الاجتماعى يؤثر فى انتشار الامراض ، وتشير الامراض الى الحركة الاجتماعية . فكثير من الامراض انتشرت من شعب الى آخر بسبب الاتصال والحركة الاجتماعية للجماعات البشرية .

ويرى من تخصصوا فى علم الاوبئة أن حركة انتشار الامراض بين الجماعات البشرية تخلق ما يتعلق بالنظرية والفعل . فالتوزيع المتفاوت للامراض يحتاج الى تفسير ، ويشكل أساس الكثير من الفروض عن أسباب المرض . وفى نفس الوقت تشير التفاوتات فى هذا المجال الى امكانيات الوقاية ومنع المرض ، وتحدد أى الجماعات البشرية تحتاج الى العلاج والى الرعاية الصحية (١٦) .

أما دراسة **الطبقات الاجتماعية** كموضوع جاد من موضوعات الدراسة فى علم الاجتماع اليوم تقد استحوذ على اهتمام بعض علماء الاجتماع الطبى تقدموا فى هذا الموضوع دراسات تشير الى تنوع الامراض وتنوع المستويات الصحية بتنوع الطبقات المختلفة . فدرسوا على سبيل المثال الامراض التى ترتبط بالاغنياء وتلك التى ترتبط بالفقراء . وركزوا على تغير أنماط الامراض بناء على تغير العلاقات الاجتماعية بين الطبقات المختلفة .

وتمتد دراسات علم الاجتماع الطبى فى مجال تأثير الوجود الطبقى على الجانب الصحى الى الاهتمام بالعاملين فى المهن الطبية — وخاصة الاطباء ، وتوزيعاتهم الطبقية . فقد اتضح مثلا أن التعرف على الانتماء الطبقى والنشأة الاجتماعية من المسائل الهامة التى يجب التعرف عليها قبل اختيار الاطباء النفسيين لاداء مهام معينة .

الاسرة والصحة والمرض :

ويدرس علم الاجتماع الطبى الظواهر الاسرية وعلاقتها بالصحة والمرض ، فيدرس على سبيل المثال تأثير الزواج والاسرة على حدوث المرض واستمراره أو الوقاية منه .

---

(16) Susser M.W. and Watson W., Op. Cit. p. 208.

كما يدرس أيضا علم الاجتماع الطبى دورة حياة الاسرة الانسانية . ويتبنى هذا الموضوع من خلال النظر الى الاسرة كبناء اجتماعى وبيولوجى ايضا . وعلى أن هناك تداخلا كبيرا بين الاعتبارات الاجتماعية والجوانب الفيزيقية .

ويقسم الكتاب دورة حياة الاسرة الى عدة مراحل ، تبدأ بمرحلة التوسع أو الامتداد وتبدأ من الزواج وتمتد الى أن يصل الابناء الى سن النضوج . ثم مرحلة التشتت وتبدأ من مرحلة بلوغ الابناء سن النضوج وحصولهم على حقهم فى الاستقلال عن المنزل . وتستمر الى أن يتم ذلك . ثم مرحلة الاستقلال ، وتبدأ عندما يترك جميع الابناء المنزل ويستقلوا ويعود الاب والام ليعيشا وحدهما مرة أخرى . ثم مرحلة النهاية والاحلال وهى تبدأ من ترك الوالدين لادوارهما المهنية واحالتهما الى المعاش الى وقت وفاة كل منهما .

ومن خلال دراسة دورة حياة الاسرة يتم التركيز على موضوعات عديدة مثل أنواع الزواج ، والادوار ، الزوجية ، والطلاق ... الخ .

الابعاد الصحية لفئات السن والجنس :

اهتم علماء الاجتماع الطبى بدراسة البعد الصحى للفئات الاجتماعية كما تنقسم الى فئات عمرية وجماعات جنس (ذكور واناث) . وعلى سبيل المثال فقد حظى موضوع **مراحل النمو** باهتمام المتخصصين فى علم الاجتماع الطبى . ويرتكز هذا الاهتمام على أنه اذا كانت هناك تشابهات شديدة فى نسب النمو الجسمى بين البشر جميعا ، واذا كانت لكل انسان نفس الحاجات البيولوجية ، الا أن طرق اشباعها يخضع لامكانيات بيئية متفاوتة. ويدرس المتخصصون فى هذا المجال العلاقة بين بناء الاسرة وبين نمو بعض الامراض . ومن الطبيعى أن تركز الدراسة فى هذا المجال على مراحل النمو التى تبدأ من الطفولة ، فتدرس مثلا أمراض الاطفال وعلاقتها بالثقافة والبيئة والاسرة ، ثم الاطفال المعوقين ، ونظم الانجاب وعلاقتها بحجم الاسرة . ثم تأتى بعدها مرحلة البلوغ وهى التى تبدأ من سن البلوغ الى اكتمال النضوج والاستقلال . ويدرسون فيها علاقة الفرد بالاسرة وجماعات الرفاق ، وأثر الاختلاف بين الجنسين على السلوك ، والسلوك الجنسى وعلاقته بالبناء الاجتماعى وما الى ذلك من موضوعات .

ويهتم علم الاجتماع الطبى ايضا بمرحلة الشيخوخة ، فيدرس طبيعة هذه المرحلة ، والامراض الخاصة بكبار السن ، ثم المشكلات الاجتماعية

التى تتعلق بهم . وينصب التركيز ايضا فى دراسات علم الاجتماع الطبى اثر الشيخوخة والامراض المرتبطة بها على أعتماد المسن على غيره من الناس ، وظهور اشكال متنوعة من الاعالة فى المجتمعات المختلفة . كما يركز على اثر الاحالة الى المعاش على المسنين ، وعزلة المسنين ، وحرمانهم من الاخرين .

أما الاهتمام بدراسة ابعاد الصحة لدى الذكور والاناث فقد وضح فى أعمال كثيرة ناخذ منها على سبيل المثال المقال الذى نشر بعنوان « لماذا يعيش النساء عمرا اطول من الرجال » الوارد فى كتاب ديفيد ميكانيك « قراءات فى علم الاجتماع الطبى » فقد نوقشت فى هذا المقال قضايا اظهرتها الأحصاءات والتقارير الطبية عن طول عمر النساء عن الرجال والعوامل المؤدية الى هذه النتيجة (١٧) . كما حاولت دراسات اخرى التعرف على الابعاد الصحية للمراة ، فتعرفوا على نسب انتشار الامراض والوفيات بالنسبة للنساء . كما درسوا مشكلات خاصة بالمراة مثل تصور النساء عن أنهن أكثر ضعفا واكثر عرضة للمرض عن الرجال واثر ذلك على قابليتهن للاصابة بالامراض النفسية . ودرسوا الابعاد الاجتماعية للظواهر الفسيولوجية التى تنفرد بها المراة دون الرجل ، مثل الحمل والولادة والاجهاض . كما عالجوا موضوع عمل المراة فى المجالات الصحية ؛ فاجريت مثلا دراسات عن المراة كطبيبة .

الثقافة والصحة :

يتطرق ايضا علم الاجتماع الطبى الى دراسة العلاقة بين الثقافة والصحة . فيدرس على سبيل المثال علاقة القيمة وانماط التفكير بالسلوك المرضى . والاتصال بين الطبيب والمريض كثقافة متعلمة . وتركز على العلاقة المباشرة بين الثقافة وانتشار مرض معين . كما تركز أيضا على ثلاثة متغيرات رئيسية ترتبط ببعضها هى الثقافة والشخصية والامراض

ويتبنى علم الاجتماع الطبى فى دراسته للثقافة والصحة وجهة نظر قوامها ان تكرار حدوث المرض والشكل الذى يتبدى فيه له بعده الثقافى . وأن هناك ضرورة لدراسة انماط الصحة والشخصية فى المجتمعات الصناعية المعقدة ذات الثقافات المتنوعة . لدرجة اننا يجب أن ندرس ما

---

(17) David Mechanic, Readings in Medical Sociology, The Free Press, New York, pp. 98-107.

يسمى « أنماط الصحة والشخصية » فى هـذه المجتمعات . ولا نتوقع أن تتنوع هذه الانماط بتنوع المجتمعات فقط ، بل أنها تتنوع بتنوع الجمـاعات داخل المجتمع الواحد (١٨) .

ويدرس المهتمون أيضـا بالمسائل الثقـافية ردود الفعل الثقـافية والاجتمـاعية للمرض واستجابات الناس لاعراض الامراض . ويحـرص من يهتمون بهذا الجانب على تحقيق أفضل فهم للسلوك المرضى وذلك عن طريق فهم واستيعاب الاختلافات الثقافية . ويهتمون أيضا بمفهوم « الصحة الجيدة » السائد ، وبرعاية الانسان لنفسه ثم المعايير التى تؤثر فى اقدامه على الافادة من الرعاية الصحية التى تقدم له .

السياسة العـامة والسياسة الصـحية :

ترتبط السياسة العـامة للـدولة بالسـياسة الصـحية بهـا . ومن المعروف أن ظهور وتطور أساليب الرعاية الصـحية فى الدولة يرتبط بأجهزة حكومية بالاضافة الى الهيئات التطوعية وجهود الافراد . وقد أدرك علماء الاجتماع ان دراسة سياسة الدولة العامة دراسة جيدة يؤدى إلى فهم واقعى لطبيعة الانساق والنظم والسياسات الصحية . وقد اتجه بعض العلماء الى دراسة موضوع حيوى وهو المحددات التى تتحكم فى المستويات الصحية فى دول العالم المختلفة ، ويهمنا فى هذا المجال تلك المحددات الخاصة بالمجتمعات النامية . وقد بدت أهمية دراسة هذا الموضوع فى مجـال علم الاجتماع الطبى بعد أن تغيرت النظرة الى هذه المحددات وأصبحت تتجه الى مزيد من اعتبار الجوانب الاجتماعية . فبعـد أن كان التركيز منصـبا على أهمية المدخلات الطبية أو أهمية تقديم خدمات صحية فقد تحول الى التركيز على كيفية تقديمها ، كما ظهر أيضا الاهتمام بالخدمات الاجتماعية المرتبطة بالجانب الصحى (مثل توفير المياه النقية ، وتعزيز الصحة والتعليم) ، بل ذهبوا الى ضرورة الاهتمام بعوامل أشمل من ذلك مثل التغذية والاسـكان ومستوى الدخل بصفة عامة ، وأكدوا أن هذه العوامل عوامل سببية مؤثرة فى المستوى الصحى . فقد كانت مراعاة الاهمية النسبية لكل عامل من هذه العـوامل فى وضـع السياسات الصـحية سـببا فى نجـاح السياسات الصحية (١٩) .

(18) Susser M.W. and Watson W., Op. Cit., p. 92.
(19) Cumper G.E., Determinants of Health Levels in Developing Countries, (R.S.P.), John Wiley & Sons Inc., New York, 1984, p. 2.

الابعاد الاجتماعية للرعاية الصـحية :

يهتم كل مجتمع بتقديم الرعاية الصحية لافراده في أشكال متعددة ، فمنها ما يقدم على مستوى المجتمع ككل ، ومنها ما يقدم على مستوى المجتمع المحلي وهناك ما يقدم عن طريق المؤسسات الطبية . ويهتم فريق من علماء الاجتماع بدراسة الابعاد الاجتماعية للرعاية الصـحية . وهم يركزون في ذلك بصفة أساسية على قضايا سوسيولوجية داخل المجـال الطبي مثل عـلاقة الطبيب بالمريض ، والدور الاجتماعي لـكل من الطبيب والمريض والاتصال والتأثير . ويعـد ما كتبه بارسونز Parsons عن دور المريض والعلاقة المهنية مع المريض من أهم الكتابات الرائدة في هذا المجال .

دراسة المهن العـلاجية :

تزايد الاهتمـام في الآونة الاخيرة بدراسة المهن العـلاجية حتى أنه أصبح يوجد الآن ما يمكن أن نطلق عليه **علم اجتمـاع المهن العـلاجية** . ويدرس هذا الفرع المهن التي تقوم بالعـلاج سواء كانت رسمية أو غيـر رسمية . وترتبط هذه الدراسة بالفرع الذي يسمى علم الاجتمـاع المهني الـذي يدرس المهن والحرف في المجتمع ، ذلك الفرع الـذي يهتم بالتنظيم الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية بين الجماعات المهنيـة والحرفية . واذا كانت الدراسات التي أجريت على مهنة التمريض تعتبر دراسات مكثفة فان هناك تزايدا في الدراسات التي تتعلق بمهنـة الطب ، وادارة المستشفيات والمجبراتية ، ومن يقومون بعلاج الأقدام وغيرهم . وقد درس المتخصصون في هـذه الجماعات المهنية موضوعات اجتمـاعية عـديدة مثل التنشـئة الاجتماعية والهيبة والتـدرج والتخصص والايديولوجيا وعمليـة تجنيـد الاشخاص للعمل في المهنة .

التعـليم الطبي :

أصبحت دراسة أساليب ونظم التعليم الطبي والعمل على تقييمهـا من الدراسات السوسيولوجية الهامة اليوم . ويرتبط هذا المجال بالاهتمامات السوسيولوجية التقليـدية التي تركز على التنشئة الاجتمـاعية المسـتمرة والتعليم المهني . ويعتبر كتاب ميرتون Merton وزملاؤه المعنون « طالب الطب » ، وكتاب بيكر Beker وزملاؤه « الطلبة ذوي المعطف الابيض » من أهم الكتب في هذا الميدان . وقد اهتم الدارسون في هذا المجال بموضوعات عديدة مثل اختيار التخصص الدقيق ، وتكيف اتجاهات طلبة الطب ، والقيم

الاجتماعية ، وكيفية مواجهة المواقف التهديدية التى تحدث أثنـــاء التعـــليم الطبى (مثل تعلم كيفية التصرف فى حالة موت المريض) - والدخول فى مهنة الطب ، ثم التعليم الطبى بصفة عامة .

البعـــد التنظيمى فى الممارسة الطبية :

لعل مجال علم اجتماع التنظيم بما يحتوى عليه من مفاهيم ونظريات هو الذى أسهم بدور أدى الى تطرق علم الاجتماع الطبى الى دراسة الجوانب التنظيمية والبيروقراطية فى ممارسة الطب .

ويدرس علم الاجتماع الطبى طبيعة السلطة فى التنظيمات الطبية . كما يدرس التنظيمات الطبية ذاتها - فيدرس على سبيل المثال المستشفى كنظام ادارى يتضمن قدرا من العـــلاقات التنظيمية القـــانونية بين مختلف من يقومون بآداء الخـــدمة الصـــحية ، وبينهم وبين مرضـــاهم . ويركـــز العلم فى هـــذا الجانب على مدى قيـــام المؤسسة الطبيـــة ـــ كنظـــام ـــ بوظيفتها ، ثم جوانب الخلل فى الاداء الوظيفى . ويركز أيضـــا على المكانة والدور والسلطة . فيدرس تسلسل مكانات الاطبـــاء وعلاقة ذلك بنسق السلطة ، وتسلسل اصدار الاوامر . ويدرس نفس هـــذه الابعاد أيضـــا فيما يتعلق بمهنة التمريض .

وقد تكون جسم كثيف من الدراســـات السوسيولوجية للمؤسسات الطبية وخاصة دراسة المستشفيات حتى أنه يمكن أيضا أن يقال أن هنـــاك ما يسمى بعلم اجتماع المستشفيات . وينظر علماء الاجتماع الى المستشفى على أنها أحد الابنية التنظيمية ، ويهتمون فى دراستها بنمو التكنولوجيا وتطور البيروقراطية ، والمنافسة وعلاقات القوة بين أبناء المهنة . ويهتمون أيضـــا باتخاذ القرار وتقسيم العمل والمركزية داخل المستشفى . وقد اهتموا على وجه الخصوص فى مستشفيات الصحة النفسية بدراسة العلاقات الانسانية وخطوط الاتصال والاثار المترتبة على نوعية التنظيم على المرضى ورعايتهم. ويهتم الدارس فى علم الاجتماع أيضـــا بأنمـــاط الرعاية الصـــحية داخل المستشفيات وأثر المفاهيم والتصورات السائدة لدى فريق المستشفى على رعاية المرضى . كمـــا يهتم أيضـــا بالاثار الاجتمـــاعية والنفسية للاقـــامة بالمستشفى مثل حدوث توترات أو احباطات لبعض المرضى .

كذلك اهتمت دراسات سوسيولوجية بمنظمات الرعاية الصـــحية فى المجتمع المحلى . وتركز الدراسة فى هذا المجال على تطور العـــلاقات بين الهيئات والمنظمات الصحية فى المجتمع سواء كانت هيئات عامة أو خاصة .

ويهتم هذا المجال بالتعرف على كيفية تداخل الاهــداف والبرامج الاجتماعية للمنظمات المختلفة . كمــا تهتم بالاتفاقيات واشكال المنافســة فيمــا يتعلق بتوزيع الانشطة . بالاضافة الى دراسة الطريقة التى تنشأ بها هذه المنظمات وكيفية تغير طابعها واختصاصاتها ثم كيفية توزيعها لمواردها .

وقد ادى تزايد انشطة المنظمات والهيئات التى تقوم بالرعاية الصحية فى المجتمع الى الحاجة الى تقويم دور هذه الهيئات وتقويم المشروعات التى تقوم بها . وقد ادى هذا الى ظهور دراسات تشرح عملية التقويم ، كمــا ظهرت دراسات اخرى هى عبــارة عن دراســات تقويمية للمشروعات التى تهدف الى تحسين الاوضاع الصحية فى مجتمع من المجتمعات . وقد أسهم فى هذا النوع من الدراسات من يعملون فى المجال الاجتماعى ومن يعملون فى المجال الصحى على السواء . وتضمنت الدراسات والبحوث النظرية المتعلقة بالتقويم ما يمكن أن يكون مرشدا للعمل فى هذا المجال . وعلى سبيل المثال فقد أشار ادوارد ديمنج E. Deming فى مقاله « منطق التقويم » الى تعريف عملية التقويم ، والى الحاجة الى وجود تعريفات محددة للمصطلحات ، كما أشار الى المتطلبات الاساسية التى تساعد على الوصول الى اسلوب فعال للتقويم وغير ذلك من الموضوعات (٢٠) .

دور السوسيولوجى فى المجال الطبى :

يحاول المتخصص فى علم الاجتماع الطبى الالتزام بمهمتين أثنــاء عمله فى هذا التخصص ؛ المهمة الاولى هى الاسهام فى نمو هذا الفرع الجــديد . والمهمة الثانية هى خدمة قطاع الصحة . ولهذا فهو يجب أن يعى النظريات الاجتماعية وأن يستخدم أساليب البحث السائدة فى العلوم الاجتماعية .

وعلى الرغم من ذلك فان العمل فى مجال علم الاجتماع الطبى يختلف من بعض الوجوه عن العمل فى فروع علم الاجتمــاع الاخرى . فنظرا لان هناك قضايا كثيرة تتعلق بالخدمة الصحية فان الباحث فى هــذا التخصص يجــد نفسه يتطرق الى موضوعات مثل تلك التى يبحثهــا رجل الاقتصاد والقائم ببحوث العمليات ومحلل الانساق . ويتزايد الميل الان الى أن تتكامل البحوث الاجتماعية فى هذا المجال مع بحوث الاقتصادى ومحلل الانساق .

(20) Elmer L. Stunning and Marica Guttentag, Handbook of Evaluation Research, Vol. 1. SAGE Publications, London, 1975, pp. 53-68.

والاتجاه الان ينحاز نحو تحسين كفاءة العلاج الموجود اكثر مما ينحاز الى البحث عن اجراءات جديدة بحثا عن فعالية اكثر . اما بالنسبة للرعاية الصحية طويلة المدى فى البيئات المختلفة فيتجه الاهتمام الاول اليوم الى تعديل بيئة الرعاية الصحة للاقلال من التكلفة والاقلال من استخدام المهنيين الصحيين . ونحن نجد ان علم الاجتماع الطبى يتجه اليوم الى أن يتضمن أبعادا اقتصادية اكثر مما كان فى البداية . واذا كانت بعض جذور علم الاجتماع تعتبر جذوراً مشتركة مع علم الاقتصاد فان المستقبل سوف يشهد تزاوجا اكثر كثافة بين علم الاجتماع الطبى والمفاهيم الاقتصادية .

ويحتاج السوسيولوجى الذى يعمل فى مجال الطب الى قدر من الاندماج فى المناخ الطبى يساعده على تكوين معرفة واقعية صادقة عن المجال ، وهو حق يجب أن يمنحه له من يعملون فى المجال الطبى قبل أن يبدا عمله الاجتماعى لكى يؤدى مهمته على نحو صحيح . ويرتبط بهذه النقطة ضرورة توفر حد أدنى من الاقتراب من الاشخاص الذين يعملون فى مجال الطب والارتباط بهم اذ أن ذلك سوف يسمح له بالتعرف على وجهات نظرهم الثقافية وفهمهم العميق للمجال الذى يعملون به فيما يتعلق بالمسائل والمشكلات الطبية التى يقوم بدراستها فكثير من السوسيولوجيين يجرون بحوثهم خلال الملاحظة والمشاركة ، ويحتاجون الى جانب ذلك الى التعرف على وجهات نظر الاطباء وغيرهم من أعضاء المهن الطبية نظرا لان اندماج السوسيولوجى فى البيئة الصحية وتوحده الشديد مع المجال يجعل جمعه للمعلومات — فى بعض الاحيان — صعبا ، كما انه يحد من حريته فى كتابة التقارير .

والسوسيولوجى الناجح هو الذى يستطيع أن يرى فى الموضوعات الطبية بعدها السوسيولوجى ، وأن يرد الظواهر الى أصلها الاجتماعى ، وأن يهتدى الى منظور سوسيولوجى للقضايا التى تعرض عليه . ذلك أن السوسيولوجى الذى يتميز بحساسية معينة يمكن أن يصل بسرعة الى البعد السوسيولوجى حتى بالنسبة لهذه المشكلات ذات الطابع الطبى البحت . ولكن يجب أن ندرك ايضا ان السوسيولوجى الذى يستحضر فى ذهنه أطرا تصورية عديمة الفائدة اثناء تناوله للقضايا الطبية سوف يضيع الكثير من الوقت والجهد .

ويجب أن ندرك أن قبول السوسيولوجى فى الاوساط الطبية يعتبر هدفا يجب أن يسعى السوسيولوجى نفسه الى تحقيقه بنجاح . فهو يمكنه عن طريق هذا القبول أن يحصل على دعم خارجى مادى ومعنوى

لاجراء بحوثه ودراساته . ذلك ان المنح التى تقـدم للاجتمـاعيين تنظرها وتقرها هيئات يكون الجانب الطبى ممثلا فيها بنسبة كبيرة (٢١) .

خاتمـــة :

انتهينا من المناقشة السابقة الى أن الطب لا يعتبر فقط أحـد العلوم التى لها الطابع الاجتماعى ، ولكنه يحوى أيضا جسما للمعلومات والاساليب البحثية . وهو بصفة جزئية علم . وهو من ناحية أخرى فن . وهو يعتبـر أيضا أحد الانظمة الاجتماعية التى لا يمكن فهمها بكفاءة اذا استبعدنا جوانب النظـام الاجتماعية . وحتى اذا كانت بعض أنظمـة التعليم الطبى مازالت تتجاهل تماما هذا الجانب فى عملية التعليم الرسمى ، الا أن ممارس الطب يدرك جيدا عند ممارسته للطب وفى خضم الخبرة الاكلينيكية هذه الابعـاد الاجتماعية ويعيها ويتعامل معها (٢٢) . ولهذا فان مجال علم الاجتماع الطبى مازال — وسوف يظل — شديد الاهمية بالنسبة لممارس الطب .

ولكن على من يعملون فى مجـال علم الاجتمـاع الطبى أن يدركوا أن تخصصهم — والجهود التى بذلت فيه — مازال فى حاجة الى تقييم . فنحن لا نعرف مثلا كيف يعمل معظم الاشخاص فى المجالات الطبية المختلفة اذ لم يحاول المتخصصون فى علم الاجتماع تقييم عملهم فى المجال الطبى بجـدية . ومازالت هناك حاجة الى دراسة منظمة للنمو الـذى يحدث فى مجـال علم الاجتمـاع الطبى يوما بيوم . وعلى الرغم من توفر جسم هـائل للمعلومات الان — كما أشرنا قبل ذلك — الا أننا مازلنا فى حاجة الى جهود عديده . وعلى سبيل المثال :

هناك حاجة الى أن يتوازى العمل فى علم الاجتماع الطبى مع العمل فى الفروع الاخرى لعلم الاجتماع . فلابد أن تحدث مقابلة واستفادة بين ما تم انجازه فى هذا الفرع ، وما يتم انجازه فى الفروع الاخـرى . ويجب أن يتم نفس الامر بين علماء الاجتماع الطبى وبين علماء الطب ومن يمارسون الرعاية الطبية لكى تكون الافادة كاملة (٢٣) .

---

(21) Freeman and Others, Op. Cit., pp. 476-478.

(22) Ralf Hingson and Others, In Sickness and in Health, Social Dimensions of Medical Care, The C.V. Bosby Company, London, 1981, p. 9.

(23) Freeman and Others, Op. Cit., p. 472.

وهناك حاجة ايضا الى ان نتطرق الى موضوعات جديدة يتم علاجها في مجال هذا التخصص . فهناك حاجة مثلا الى دراسة الاسباب التى تؤدى إلى الموت المبكر . والمسائل المتعلقة بالالم ، وتأثير ضغوط الحياة على الصحة ، والنماذج المتنوعة للتفاعل بين المريض والطبيب ، ومسالة الاولويات فى تقديم الرعاية الصحية وفى اجراء البحوث (٢٤) . وعلى الرغم من معالجة كثير من الموضوعات فى كتب الاجتماع الطبى ، فان المستقبل سوف يفرز لنا موضوعات أخرى ، بينما سوف تظل موضوعات اليوم أيضا حورا للاهتمام .

ونحن نحتاج ايضا ان نكون أكثر وضوحا بالنسبة لمن يعملون فى مجال الطب . فغالبا ما يجد الكثير من الاطباء ومن يعملون فى مجال التعليم الطبى اليوم صعوبة فى فهم ما يقوم علماء الاجتماع بدراسته فى المجال الطبى . وذلك برغم مرور قرن من الزمان على اعلان « فرشوا » بأن الطب يعتبر بمثابة علم اجتماعى (٢٥) . وربما يرجع ذلك الى أن علماء الاجتماع لا يفرقون بين ما يكتبونه للمتخصص فى علم الاجتماع وما يكتبونه لمن يعملون فى المجال الطبى ، الامر الذى سوف نناقشه فى موضع آخر . لهذا فان تدريبا على كيفية الالتقاء بمن يعملون فى المجال الطبى ، وتدريبا آخر على كيفية تناول الظواهر الطبية ، وتدريبا ثالثا على كيفية الكتابة فى هذه المسائل لابد أن يتلقاه من يعملون فى هذا المجال من المتخصصين فى علم الاجتماع الطبى .

ان الاهتمام بعلم الاجتماع الطبى بدأ يظهر فى مجتمعنا العربى بصفة عامة ، وفى مجتمعنا المصرى بصفة خاصة . وينتظر ممن يعملون فى هذا المجال أن يقدموا اسهاما يساعد على حل مشكلات المجتمع الصحية . ولكن سوف يتوقف كل ذلك على مدى الاجتهاد والجدية التى يظهرها من تخصصوا فى هذا المجال بجانب المثابرة فى العمل على حل مشكلات العمل فى المجال الطبى .. وهى عديدة .

---

(٢٤) أنظر مزيد من التفصيلات عن هذه الموضوعات فى المرجع الاتى :
Emily Mumford, Medical Sociology , Patients, Providers and polices. Random House, New York, 1983, pp. 506-715.

(٢٥) محمد على وآخرون « دراسات فى علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية سنة ١٩٨٤ ، ص ٤٣ .

الفصـــل الثـانى

الأنثروبولوجيا الطبيـــــة

الأنثروبولوجيا الطبية هى ذلك الفرع من فروع الأنثروبولوجيا العامة الذى يهتم بدراسة الظواهر الاجتماعية والثقافية وعلاقتها بالصحة والمرض. فهى تدرس أســاليب الشعوب والجماعات البشرية التى تعكس اهتمـامها المستمر فى كل بقاع الارض بالحفاظ على الصحة ومقاومة الامراض . وتظهر أهمية هذا التخصص أيضا عندما نعرف أن الناس برغم محـاولاتهم لتجنب الاصابة بالمرض — يصابون بالامراض بسبب أفعالهم ونتيجة لبعض أنواع السلوك التى يأتونها (١) .

وتختلف الأنثروبولوجيـا الطبيــة عن فرعين آخـرين مـن فـروع الأنثروبولوجيا العـامة ، وهمـا الانثروبولوجيا الفيزيقيـة او الطبيعيـة Physical Anthropology وانثروبولوجيا جسم الانسان Anthropology of the Body . والانثروبولوجيا الفيزيقية تهتم بمجال محدد هو تأثير المجتمع والثقافة على الملامح التشريحية والخصائص الجسـمية للشعوب . فتهتم بتأثير الغـذاء والمناخ وعوامل البيئة المختلفة على الصـحة (٢) . وتنقسم الدراسة فى الأنثروبولوجيا الطبيعية الى قسمين رئيسيين همـا : دراسة نشأة وتطور الكائنـات البشرية ، ثم دراسة الاختـلافات الفيزيقيـة بين

---

(١) لمزيد من التفـاصيل عن الانثروبولوجيا الطبية انظر : د. نبيـل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر . مقال منشـور فى الكتاب السنوى لعلم الاجتمـاع ، اشراف الدكتور محمـد الجوهرى ، العدد الثالث ، دار المعارف ، القاهرة ، اكتوبر سنة ١٩٨٢ ، صـفحات : ١٩ — ١٠٠ . ويتضـمن المقـال محـاولة للتعريف بمجـال الأنثروبولوجيا الطبية وأهم الاسهامات التى تمت فى المجال ، وموضوعات الدراسة ، وطبيعة التوجيه النظرى ، وعلاقة الانثروبولوجيا الطبية بعلم الاجتماع الطبى ، ومشكلات المنهج ، ثم دور الأنثروبولوجيا الطبية فى خدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر .

(2) Harvey Branner, Op. Cit., p. 5.

الاجناس (٣) . أما أنثروبولوجيا جسم الانســـان فهى تهتم بدراسة المعنى الاجتماعى المرتبط بالجسم الانسانى وبأعضائه وبحركته ، كما تهتم بعلاقة هذا الجسم — كظاهرة طبيعية — بالواقع الاجتمـــاعى . ويتضـــمن ذلك الجـــانب الرمزى المتعلق بأبعـــاد الجسم ، واختـــلاف السلوك التعبيرى باستخدام أعضاء الجسم من ثقافة الى أخرى ، والدلالات والمعـــانى التى ترتبط بأجـــزاء الجسم ، واستخدام أجزاء ومخلفـــات الجسم فى الاعمـــال الطقوسية ... الخ (٤) . ويتضح لنا من هـــذا العرض شـــديد الاختصار لموضوع كل فرع من الفروع الثلاثة أن كل منها يتميز بالتركيز على جوانبه لا يركز عليها الفرع الاخر — أى أنه يتميز باستقلال موضوعاته — وفى نفس الوقت يمكن أن تكون هذه الفروع الثلاثة متعـــاونة بحيث أن ما يزودنا به احدها من معلومات ونتائج يمكن أن يلقى ضوءاً على أحد الابعاد التى قـــد يهتم بها من يعملون فى الفرعين الآخرين . وبعبارة أخرى فان الأنثروبولوجيا الطبية ليست مرادفة للانثروبولوجيا الطبيعية ، ولا هى أيضا تسمية جديدة لانثروبولوجيا جسم الانسان ، ولكنها تمثل فرعا علميا مستقلا عن كل منهما وان كانت متاونة معهما . واذا كان هذا الفصل سيوضح لنا مدى استقلال الأنثروبولوجيا الطبية بموضوعاتها المتميزة ، الا أن القارىء الذى يستطيع أن يطالع مزيد من التفاصيل عن هذه الفروع الثلاثة — الامر الذى لا نستطيع ايضاحه فى هـــذا النطاق الضيق — سوف يلمس أوجه الاستقلال والتعاون للفروع الثلاثة .

واذا كانت الأنثروبولوجيا الطبية تهتم بالجوانب النظرية فانها تحوى ضمن اهتماماتها تركيـــزا على الجوانب التطبيقية أيضـــا . وأهم الجوانب التطبيقة التى تبحث عنها ما يعتبر استجابة للاحســـاس العالمى بالحاجة الانسانية الى اساليب تلائم كل ثقافة لمواجهة الامراض الجسمية والعقلية ، ذلك ان الأنثروبولوجيين يحاولون البحث عن الاســـاليب المناسبة للحفـــاظ على الصحة ومقاومة الامراض من واقع فهم للبيئة الثقافية الخاصة . لهذا

---

(٣) د. نبيـــل صبحى حنـــا ، الأنثروبولوجيا الاجتمـــاعية ، دراسة المجتمعات والجماعات محـــدودة النطـــاق ، دار المعـــرفة الجـــامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ ، ص ص ١٤ — ١٦ .

(٤) أنظر مقالا تفصيليا بعنوان « أنثروبولوجيا جسم الانسان . مع دراسة تفصيلية للروائح وتأثيرها على التفاعل الاجتماعى » تأليف د. نبيل صبحى حنـــا . الكتاب السنوى لعلم الاجتمـــاع ، اشراف الدكتور محمـــد الجوهرى ، العـــدد السابع ، القـــاهرة ، اكتوبر سنة ١٩٨٤ ، صفحات ١٥٧ — ٢٣٦ .

فانه يمكنهم الاسهام فى تحسين الصحة. اذا تم تشغيلهم على نحو مناسب. يحقق الانتفاع بما يمكنهم ان يقدموه للمجتمع (٥) .

ويطلعنا البحث التاريخى عن جذور الأنثروبولوجيا الطبية على حقيقة هامة وهى انه اذا كنا نناقش اليوم اسهام من تخصصوا فى الانثروبولوجيا فى المجال الطبى فان الاطباء بالامس هم الذين اسهموا فى نمو الانثروبولوجيا الاجتماعية ، وهم الذين أجروا الدراسات الطبية الثقافية التى كانت بداية للبحث الأنثروبولوجى فى مجال الصحة ، اى بداية للانثروبولوجيا الطبيه . فمن المعروف أن اشهر العلماء الذين ساهموا فى الانثروبولوجيا الاجتماعية تخصصوا أساسا فى العلوم الطبيعية ، وقد تعلموا اختبار الفروض عن طريق الملاحظة الشخصية . ومن بين هؤلاء ريفرز Rivers وسيلجمان Seligman . وماكدوجل Mc Dougall ومايرز Myers وهادون Haddon لقد حصل أربعة من هؤلاء الخمسة (باستثناء هادون) على تأهيل طبى . ومعظمهم لم يمارس الطب ممارسة فعلية باستثناء ريفرز الذى عمل كطبيب نفسى فى مجال تخصصى دقيق خلال الحرب العالمية الاولى . ويرجع عدم اشتغالهم بالطب الى انخراطهم فى العمل الاثنوجرافى حيث اهتموا اهتماما شديدا بالجوانب الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالمرض الامر الذى أدى ببعضهم أن يؤكد على الفاعلية النفسية للطب السحرى عند الشعوب القبلية .

وعلى الرغم من أن هذا الوفاق لم يدم كثيرا بين الأنثروبولوجيا والاطباء اذ لم يستمر الاطباء — باعداد كبيرة — فى الاهتمام بالدراسات الأنثروبولوجية الا أن نمو الدراسات التى كونت بعد ذلك جسم الانثروبولوجيا الطبية لم يتوقف ، فقد احتوى الفرع المسمى « الانثروبولوجيا التطبيقية » على دراسات أنثروبولوجية هامة تتعلق بالصحة والمرض . وقد نشرت معظم هذه الاعمال فى الدوريات الرئيسية . وساهم فيها الكثير من الأنثروبولوجيين وقد قام بها على وجه الخصوص بولجار Polgar سنة ١٩٦٢ . وسكوتش Scotch سنة ١٩٦٣ . وفابريجا Fabriga سنة ١٩٧٢ . وليبان Leiban سنة ١٩٧٣ (٦) .

---

(5) Robert D. Mc Cracken, Selected Papers in the Future of Medical Anthropoolgy, Medical Anthropology, Vol. 3, No. 3., 1979, pp. 275, 276.

(6) Loudon J.B., Social Anthropology and Medicine, ASA., Academic Press, London, 1976, See the Introduction.

ويلاحظ أنه بعــد سنة ١٩٧٠ بدأت تظهر اسهامات حديثة وجادة فى هذا المجال . ويمكننا أن نميز فى اطارها بين أربعة أنواع من الاسهامات التى يمكن أن تشكل التراث الحديث للانثروبولوجيا الطبية — وقد صدرت كلها فى صــورة كتب للمدخل — والنوعية الاولى من هــذه المحــاولات هى تلك الكتابات التى التزمت بالخط الاكاديمى فى الكتابة فجعلت رائدها ومرشدها الاساسى فى الكتابة هو الالتزام بأساسيات النظرية الأنثروبولوجية ، فالتزمت بالمفاهيم المتداولة فى الفرع الام « الانثروبولوجيا العامة » ، وأدركت جدوى المنهج الأنثروبولوجى فى البحث وعرفت كيفية استخدام أساليبه ومناهجه . بعد ذلك حددت هدفها الاساسى وهو دائرة « الصحة والمرض » واستخدمت النظرية والمفاهيم الاساسية والمنهج للاقتراب الجرىء من الهدف الجـديد بالتزام شديد بالخلفية العلمية للتخصص الام مع جــلاء بصرى كاف لرؤية تفاصيل الهدف وما يخفيه وراءه من ابعاد اجتماعية وهناك عدة محــاولات ممثلة لهذا الاتجاه هى : المحاولة الاولى هى كتاب الكسندر الاند A. Alland « التكيف وعملية التطور الثقافى : مدخل فى الأنثروبولوجيا الطبية » ســنة ١٩٧٠ . واذا كان هناك بعض النقص فى كتب المدخل حتى سنة ١٩٧٠ فان كتاب الاند قد قدم تصورا نظريا هاما مع مجموعة من الفروض النظرية القابلة للاختبار فى ثقافات متعددة ، وهى كلها ترتبــط بالمسائل الحيوية الرئيسية فى المجال . بالاضافة الى ذلك يجمع الكتــاب بين الاهتمــامات البيولوجيــة والاجتماعية والثقافية والديموجرافية . بعــد ذلك قدم فوستر واندرسون كتابهما الشهير « الأنثروبولوجيا الطبية » سنة ١٩٧٨ (٧) أما الكتاب الثالث الذى يمكن ان يعتبر مدخلا للدراسة فهو كتاب آن ماكلورى A. Mc Elory وباتريشــا تونســيند P. Towsend « الأنثروبولوجيا الطبيــة من منظور ايكولوجى » سنة ١٩٧٩ . ومن المحاولات التى لا يمكن تجاهلها أيضا مؤلف ديفيد لاندى D. Landy « الثقافة والمرض والعــلاج » الذى نشره ســنة ١٩٧٧ (٨) . ومؤلف لوجان H. Logan وهنــط E. Hunt بعنوان « الصـــحة

---

(7) George M. Foster and Barbara G. Anderson, Medical Anthropology. John Wiley & Sons, U.S.A., 1978.

يعتبر هذا الكتاب أحد المعالم الرئيسية فى مجال الأنثروبولوجيا الطبية ، فلا يمكن لاى دارس للانثروبولوجيا الطبيــة أن يتطرق الى المجــال دون استيعاب كامل لكل الموضوعات والقضايا التى تمت مناقشتها فى الكتاب . وعلى الرغم من أن بعض الموضــوعات التى نوقشت فى الكتاب قــد تمت مناقشتها فى كتب أخرى ، الا أن تناول جورج فوستر وبربارة أندرسون قد تميز بوضوح المدخل الانثروبولوجى .

(8) David Landy, Culture, Disease and Healing : Studies in Medical Anthropology, Macmillan, New York, 1977.

تضمن هذا الكتاب دراسات عديدة فى الأنثروبولوجيا الطبية . وتكمن =

والظروف الانسانية » (٩) الذى ظهر بعد كتاب لاندى بعام واحد ثم مؤلف لينش Lynch ـ بعنوان « الاتجاه الثقافى المقارن فى دراسة السلوك الصحى » الذى صدر عام ١٩٦٩ .

لقد تأثر علماء الانثروبولوجيا الذين بحثوا موضوعات طبية او عملوا فى مجالات صحية بتراثهم الانثروبولوجى سواء فى اختيار الموضوعات ، أو فى تحديد الجماعات أو المناطق ، او فى المنهج الذى اتبعوه للحصول على معلوماتهم وتحليلها والوصول الى النتائج ، وعلى سبيل المثال فقد أجرى فان اينك دراسة على مجموعة من المرضى فى افريقيا بعد ان استدعاهم الى المستشفى لاعادة الكشف الطبى عليهم . وقد تعرف الباحث على طبيعة العلاقة بين أطباء المستشفى وبين المرضى وقارن بينها وبين علاقات المرضى بالمعالجين الشعبيين ووجد أن هذا النوع الاخير من العلاقات كان اكثر كثافة من علاقة المرضى مع الاطباء الرسميين .

كذلك ركز الانثروبولوجيون على دراسة السلوك الصحى للجماعات التقليدية ، وأوضحوا ان السلوك الصحى هو عبارة عن سلوك اجتماعى يمكن فهمه فهما صحيحا فقط فى اطاره الاجتماعى ، وان هذا السلوك يتسم بالتعقيد . وقد بحثوا عن العوامل المعرفية والادراكية المؤثرة على هذا السلوك ، وذكروا ان فهم تصور الناس عن الصحة والمرض يعتبر امرا ضروريا لفهم سلوكهم الصحى .

واهتم أيضا الأنثروبولوجيون بدراسة دينامیات اتبال الجماعات القبلية على اساليب الرعاية الصحية . وقد اظهرت احدى الدراسات أن

= أهميته فى أنه قدم لنا أولا ميدان الأنثروبولوجيا الطبية من حيث المجال ومشكلات البحث الاساسية ، ثم ملأ المؤلف كتابه بدراسات عديدة تهم من تخصصوا فى هذا المجال من ذوى الاهتمامات العلمية المختلفة : فقد تطرق الى موضوعات مثل التكيف للمرض ، والانساق الطبية ، والكهانة ، والصحة العامة والطب الوقائى ، والالم والضغوط والموت ، والزار ، والامراض المتوطنة والعين الشريرة والتلوث ... الخ .

(9) Loyan M.H. and Hunt E.E., Health and Human Condition. Duxbury Press, North Sciluate, 1978.

يعد هذا الكتاب أيضا نافعا جدا للتعرف على الموضوعات العديدة التى تدرسها الأنثروبولوجيا الطبية ، فقد ضم خليطا كبيرا من المقالات النوعية التى تهم من يعملون فى المجال الطبى والاجتماعى على السواء .

الفقر الشديد والاختلافات الطبقية مع وجود نسق طبى عاجز وقاصر قد ادى الى ان يرفض الناس اللجوء الى المنشآت الصحية . وقد قدمت دراسة اخرى تفسيرا اجتماعيا وثقافيا لسوء استخدام الخدمات الصحية أو عدم الانتفاع بها . وكان التفسير يركز أساسا على اثر العلاقات بين الاطباء ومن يدربونهم على أساليب الطب الحديث ، وبين المرضى . وقد اتضح أن المساعدات الطبية والرعاية الصحية — كأى نوع آخر من المساعدات — تحتاج الى توفر مستويات مختلفة من العلاقات الاجتماعية (١٠) .

التوجيه النظرى :

قبل أن نبدأ باستعراض الاتجاهات النظرية الرئيسية فى الأنثروبولوجيا الطبية ينبغى ان نشير الى انه على الرغم من أن الجذور التاريخية لهذا الميدان متعددة ، وعلى الرغم من أن التوجيهات النظرية والاهتمام بالمشكلات يتسم بالتنوع ، فان هناك نقاط اجماع بين المتخصصين ، يمكن صياغتها فى صورة ثلاثة تعميمات رئيسية كانت عبارة عن قضايا مرجعية وجهت البحث خلال السنوات الماضية . وهذه التعميمات الثلاثة هى :

١ — المرض بأنواعه المتعددة حقيقة عامة فى كل الحياة الانسانية ، فهو يحدث فى كل وقت ، وفى كل مكان وفى كل المجتمعات .

٢ — طورت كل الجماعات البشرية المعروفة طرقا وحددت ادوارا تتناسب مع مواردها وبناؤها لمواجهة المرض أو معالجته أو الاستجابة بأى شكل من الاشكال .

٣ — طورت كل الجماعات البشرية المعروفة مجموعات من المعتقدات والمعارف والادراكات تتسق مع اطارها الثقافى لتحديد المرض ، وتحديد كيفية ادراكه والتعرف عليه .

---

(10) Sjaak van der Geest and Klaas W. Van der Veen, In Search for Health. Anthropologisch Sociologische Centrum, Universiteit Van Amsterdam, Amste.dam 1979.

وتكمن نقاط الضعف ونقـاط القوة فى الأنثروبولوجيا الطبية فى هـذه التعميمات ، فمن حيث نقاط القوة نجد أن التعميمات تخص وتنظم عدد من الملاحظـات الخاصة بالزمان والمكان والناس ، ولهـذا فهى تقف أساسا امبيريقيا قويا ونقاطا يمكن أن يبدأ منهـا البحث فى الأنثروبولوجيا . أمـا نقطة الضعف فتكمن فى أن هـذه التعميمات تصف انتظامات أو أشياء يمكن ملاحظتها فى الطبيعة على حين يصعب أن تشرحها وتفسرها .

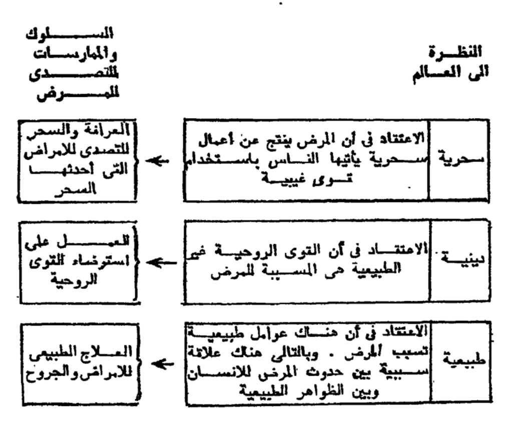
على الرغم من أن بعض الكتاب أشـاروا الى أن صـياغة النظـرية أصبحت هدفا يمكن الوصول اليه فى الانثروبولوجيا الطبية . الا أن أكبـر المهتمين بالتخصص يرون أن الاسهامات لم تصل بعد الى هذا الهدف . وهو صياغة النظرية ، وأن ما هو متوافر مجرد اتجاهات أو توجهـات نظرية . وقد حاول ويلن E. Wellin أن يقدم تحليلا نقديا للكفاءة ونجـاح التوجيه النظرى للانثروبولوجيا الطبية فى فترة خمسة أو ستة العقود الماضية بهدف التعرف على كل اتجاه وعلى ما يؤكد عليه ويفسره ، وبهدف التعرف على استمرار التأكيـد على كل توجيـه نظـرى أو تغيره . ويعتبـر ويلين من المتخصصين الذين يؤكدون على أن الانثروبولوجيا الطبية مازالت فى مرحلة التوجيه النظرى فقد ذكر أنه دائما سوف يتكلم عن التوجيه النظرى وليس عن النظرية ، وهذه التفرقة مقصودة . فالمعروف أن النظرية هى صياغة تحـدد علاقة بين متغيرات معينة ، وأن النظـرية لابد أن تخضع للاختبـار الامبريقى لاثبات صحتها أو تعديلها أو رفضها كلية . وهى لابد أيضـا أن تفسر شيئا فى ضوء علاقات سببية . وبهـذا المعنى ليس لدينـا نظرية فى الأنثروبولوجيا الطبية ، وما هو متوافر لدينا مجرد توجيهات نظرية فقط . فهناك مسلمات كثيرة ، وهناك طرق محددة لاختيار وصياغة وتنظيم المـادة التى تجيب على بعض التساؤلات . فكمـا أن الاتجـاه الوظيفى يفترض أن المجتمع تنظيم متكامل نسبيا مكون من أجـزاء ترتبط وتتسـاند مع بعضها ، وكما أن هذا الاتجاه يقدم اطارا عاما للبحث ، ويحدد أنواعا من المتغيـرات الملائمة ، ويعمل على الاثارة والايحاء بالفروض التى تتـلاءم مع التوجيـه الاساسى ، كذلك فان الاسهام النظرى فى الأنثروبولوجيا الطبية هو مجرد توجيهات وليس نظريات . ويقول ويلين اننا عندما ندرس الاتجاهات النظرية السائدة فاننا نهتم بما يهتم بشرحه كل اتجاه ، ونهتم اكثر بالمتغيرات المستقلة التى يحاول كل اتجاه أن يركز عليها ، وبالنماذج الضـمنية والصريحة التى تستخدم كأطر للبحث . وهو يؤكد على أنه اذا كان يقدم نماذج للتوجيهـات التى ظهرت فى فترة خمسين السنة الماضية ، الا أن هذه النماذج ليست هى الوحيدة أو الاكثر قيمة ، ولكنها اختيرت لانها هى التوجيهات التى اثرت فى نكر المشتغلين بهذا المجال . بجانب أن كلا منهـا نموذج متميـز ويعكس تعديلات هامة فى الاتجاه السابق عليه .

ويمكن أن نميز بين أربعة توجهـــات رئيسية فى مجال الأنثروبولوجيـــا الطبية :

١ ــ الطب الشعبى كجزء من الثقافة . ((ريفرز)) :

يمثل هذا الاتجاه ريفرز الذى ذكرنا شيئا عنه قبل ذلك . فقـــد كان ريفرز أول من كتب عن المعتقدات والممارسات الطبية عند الشعوب الامية ، وكان رائدا فى عملية الربط بين الطب الشعبى وجوانب أخرى من الثقـــافة والتنظيم الاجتماعى . ويتحـــدد أسهامه الحقيقى فى الفرض الـــذى طرحه ويتكون من شقين : الشق الاول يفترض فيه أن ممارسات الطب البـــدائى ترجع وترتبط ارتباطا له معنى المعتقدات الطبية . أما الشق الثانى فيفترض فيه أن كل المعتقدات الطبية والممارسات الطبية لا يجب النظر اليهـــا على أنها عناصر فلوكلورية غريبة أو طريفة ، ولكن يجب النظر اليها على أنهـــا جزء متكامل مع الثقافة . وفى ضوء هذا الفرض العام حاول ريفرز صياغة مجموعة من القضايا العامة تتعلق بالطب البدائى . ومن الواضح أن اتجـــاه ريفرز يتفق مع الاتجاه الـــذى كان سائدا فى الأنثروبولوجيا فى بداية القرن العشرين لتصنيف مظاهر الطب البدائى على أنها دينية أو سحرية .

ويتكون نموذج ريفرز التصورى من ثلاثة مجموعات من القضايا ، والمتغير التابع عنده هو « السلوك الذى نقوم بملاحظته » ، وخاصة سلوك الجماعات البدائية فى مواجهة المرض ، أما المتغير المستقل (وبالنسبة لريفرز لا يوجد الا متغير مستقل واحد) فهو « اتجاه الجماعة نحو العـــالم » أو ما يسمى « بالنظرة الى العالم » وهناك متغيرات يمكن اشتقاقها من هذا المتغير العلم مثل معتقدات الجماعة فيما يتعلق بطبيعة وأسباب المرض . ويحاول ريفرز أن يميز بين ثلاثة أنواع من النظرة الى العـــالم الخارجى : النظرة الدينيـــة والسحرية ثم النظرة الطبيعية .



وقد اهتم ريفرز بصفة أساسية بالنوعين الاولين من النظرة الى العالم الخارجى ، وقال ان السحر يعتمد على قدرة الانسان على استخدام قوى مختلفة ، بينما تعتمد النظرة الى العالم من وجهة نظر دينية على الاعتقاد فى وجود قوى تتحكم فى الاحداث التى تحدث فى العالم . أما النوعية الثالثة من النظرة الى العالم الخارجى فلم يعطها حقها من الاهتمام وعالجها بطريقة سريعة ، واعتبر أن الطب الغربى هو الممثل لهذه النظرة الطبيعية التى ترى أن هناك عوامل طبيعية مسببة للمرض . وقد نوه الى أن النظرة الطبيعية يمكن أن توجد لدى بعض الجماعات البدائية فى جانب أو آخر من الممارسات الطبية ، ولكنه يرى — وهذا رأيه الشخصى — أننا يجب الا نعتبر هذا نوعا من التفكير الطبيعى بالمعنى الذى ذكره ، طالما أنهـا توجد فى اطار دينى وسحرى .

ويعتبر ويفرز أن دور ممارس الطب فى النوعين الاولين من المجتمعات يعتبر دورا رائدا وأساسا فى استمرار الممارسات ، فالعراف أو الساحر فى حالة السحر ، والكاهن فى حالة الدين يؤثران فى استمرار الممارسات ، وهو بذلك يؤكد أهمية الممارسة الفعلية . وبناء على ذلك تعد نظرته نظرة دائرية اذ يحدد نوع المعتقد السائد فى ضوء نوع الدور القائم ، ويحدد نوع الدور فى ضوء نوعية المعتقدات السائدة .

وإذا كان نموذج ريفرز نموذجا استاتيكيا بصفة أساسية الا أن فكرة التغير لم تكن غائبة عنه ، فالتغير عنده نسبي ويحدث في الممارسات أكثر مما يحدث في المعتقدات ، ويحدث التغير في الممارسات بفعل عاملين هما الانتشار والاضافة الثقافية التي تنتج عن الاتصال والانحلال ، وفقدان الثقافة بسبب العزلة .

واعتبر ريفرز أن الثقافة نسق مغلق ، وان الحقائق الثقافية لا يمكن شرحها الا بالرجوع الى حقائق ثقافية اخرى . وعلى الرغم من أنه كان طبيبا فانه لم يعط أهمية للعوامل البيولوجية ، كما لم يهتم بعملية التكيف للبيئة ، فلم يعالج في نموذجه السلوك كنوع من التكيف للبيئة بل كنتاج للمعتقدات التي تنبع بدورها من النظرة الى العالم .

ومن أهم ما قدمه ريفرز — بالاضافة الى ما سبق — هو نظرته الى عناصر الطب البدائي لا على أنها جزئيات ونماذج متناثرة من السلوك التي لا يمكن فهمها ، بل على انها مجموعة من العناصر التي تكون نظاما اجتماعيا يستحق الدراسة تماما كما ندرس أي نظام اجتماعي في المجتمع . وباختصار فان اسهام ريفرز الاساسي يكمن في انه وضع اساس الانثروبولوجية الطبية بالاشارة الى العلاقة بين المعتقدات والممارسات الطبية البدائية ثم النظرة اليها على أنها جزء من الثقافة يتكامل معها .

٢ — الطب الشعبي كعناصر جزئية « كلمنتس » :

يطلق على اتجاه كلمنتس Clements الذى ظهر في المونوجراف الذى نشره بعنوان « مفاهيم المرض البدائية » سنة ١٩٣٢ اتجاه « السمة الثقافية المنفردة » . فالنموذج التصورى الذى يقدمه يرتبط بالخصوصية التاريخية ، ويقسم مفاهيم الشعوب البدائية عن أسباب المرض الى خمس فئات وهى : السحر ، انتهاك المحرمات ، دخول شئ مرضى أو يحمل المرض عنوة ، تدخل الارواح أو فقدان الروح . وقد تتبع توزيع كل عنصر من العناصر السابقة في ثقافة معينة . وتركز عمل كلمنتس على جدولة كل سمة من السمات السابقة وفقا للاقليم والقبيلة والجماعة المحلية فيما يقرب من ٣٠٠ جماعة . وقدم بعد ذلك سلسلة من الخرائط العالمية توضح توزيع كل سمة ، وعندما تتبع هذه السمات ذكر أن بعضها يرجع الى عصور قديمة وبعضها الاخر حديث . وقد قدم في هذا الصدد ثلاثة فروض ضمنية هى :

١ — أن عمليات انتشار هذه العناصر الثقافية تأتى عن طريق عوامل تاريخية وجغرافية كالهجرة وغيرها .

٢ — أنه لا توجد علاقة وظيفية بين أى من السمات أو العناصر الخمسة ، وأن وجود كميتين أو أكثر فى مجتمع واحد هو نوع من الصدفة أو الحدث العرضى .

٣ — ليست هناك أية علاقة وظيفية اساسية بين أى من هذه السمات وبين الملامح الاقتصادية أو الدينية أو السياسية أو البيئة أو أية جوانب أخرى فى المجتمع الذى توجد به العناصر .

وقد بنى كليمنتس نموذجه التصورى على هذه الفروض . وأشار الى أن الانتشار يحدث بناء على احداث تاريخية وجغرافية ويؤثر فى كل مفهوم من المفاهيم السابقة للمرض . وعلى الرغم من أن النموذج التصورى الذى قدمه كليمنتس لم يكن مثمرا ، فانه قدم أسهاما ايجابيا لانثروبولوجيا الطب عن طريق الجهد الذى بذله فى توزيع مفاهيم المرض على مستوى العالم . هذا بالاضافة الى محاولته التاكيد على تعميمه الثالث وهو أن المجتمعات فى أى مكان تطور بعض المفاهيم ولديها اطار معرفى يحدد المرض ويعرفه ويوضح كيفية ادراكه .

٢ — الطب البدائى كعناصر نمطية ثقافية ترتبط وظيفيا داخل الاطار الكلى : « اكير كنخت » :

قدم (اكير كنخت) اسهاما فى الانثروبولوجيا الطبية ، ذلك الذى يوضح اتجاهه النظرى ، فى صورة خمسة تعميمات رئيسية هى :

ا — أن وحدة الدراسة الاساسية فى الأنثروبولوجيا الطبية ليست هى السمة المنفردة بل هى العمل الثقافى للمجتمع ووضع ومكانة النمط الطبى داخل هذا الكل . ومن الواضح أن ذلك رفض لاتجاه كلمنتس فيما يتعلق بالسمة الثقافية المنفردة .

٢ — لا يوجد طب بدائى واحد ، بل هناك العديد من الوان الطب البدائى ، تتعدد بتعدد الثقافات البدائية . ويعتبر هذا امتدادا لنسبية بندكت الثقافية ، وسيرا على منوالها فقد أكد على وجود أنماط طبية متميزة ترتبط بكل ثقافة، تماما مثلما توجد ثقافات متميزة .

٣ — ترتبط أجزاء النمط الطبى — مثلها مثل أجزاء الثقافة ككل — وظيفيا بعضها ببعض ، ولكن تختلف درجة الارتباط فى كلا المستويين من مجتمع الى آخر .

٤ — يمكننا أن نصل الى أفضل فهم للطب البدائى فى ضوء فكرتى « المعتقد الثقافى والتعريف الثقافى » بصرف النظر عن العوامل البيولوجية والبيئية أو حتى عوامل الثقافة المادية .

٥ — يصر اكير كنخت على أن المظاهر المختلفة للطب البدائى — على الرغم من تباينها ، وعلى الرغم من عدم فاعلية بعضها كوسائل للعلاج — فانها تعتبر كلها طبا سحريا . وعلى ذلك فهو يرى أنه لا يمكن تصنيف الطب البدائى والطب الحديث ضمن فئة واحدة نظرا لان الاول يعتمد على الدين والسحر أساسا مع بعض الاستخدامات الرشيدة للعناصر على حين يستخدم الطب الحديث العناصر بطريقة علمية رشيدة مع وجود قليل من الافكار الدينية أو السحرية .

يتضح من نموذج اكيركنخت أنه قد حدد نفسه فى متغيرين ، أحدهما تابع وهو المعتقد والسلوك الطبى المعتمد وما يتصل بالنمط الطبى الذى يمكن أن نلاحظه ، وقد حاول تفسير هذا المتغير التابع فى ضوء متغير مستقل واحد هو الثقافة الكلية للمجتمع (وهو المتغير الثانى) . ويتضمن نموذجه أيضا أن اجزاء النمط الطبى لها درجات من الارتباط الوظيفى مع بعضها ومع الثقافة ككل . وقد حاول بهذا أن يجمع بين اتجاهين سادا فى عصره وهما التاريخية الامريكية والنسبية الثقافية — خاصة ما يتعلق باتجاه الصبغة الكلية لبندكت — وبين الوظيفة الانجليزية . وقد ادى به تبنى هذا الاتجاه المنظرى أن يسير فى نفس الاتجاه الذى سارت فيه الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية فى الاربعينيات وبداية الخمسينيات . وعلى الرغم من انه كان يدرك أن ظواهر الصحة والمرض هى ظواهر ثنائية ببولوجية فقد وضع تمسكه بهذا الاتجاه النظرى قيودا على الأنثروبولوجيا الطبية فانحصرت البحوث التى أجريت فى هذا المجال حتى نهاية الخمسينيات فى دراسة المتغيرات الثقافية والتركيز عليها .

٤ — النسق وتغير النسق : « بول » :

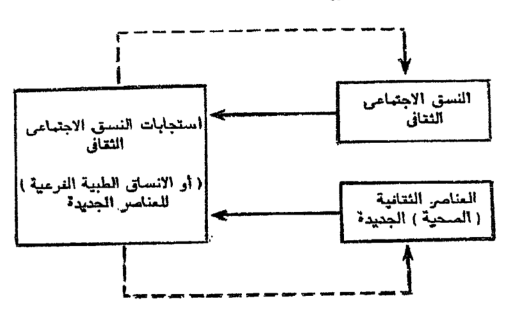
اذا كانت اسهامات ريفرز وكلمنتس وأكيركنخت تقدم قضايا أساسية فان العمل الذى قدمه بنيامين بول B. Paul تعتبر اسهاما فى الانثروبولوجيا التطبيقية والصحة العامة . ولم يكن بول يهدف الى احداث تقدم فى النظرية أو فى التطبيق ، بل كان يهدف الى مجرد دراسة الموقف الفعلى الذى يلتقى فيه الطب والمجتمع . ولكى يفعل ذلك استخدم نموذجا يختلف عن نماذج من سبقوه ويركز بصفة أساسية على فكرة النسق . وعلى الرغم من أن بول

لم يستخدم مفهوم النسق استخداما أساسيا كمفهوم محورى الا أن مفهوم النسق يعتبر عنده اللب الاساسى والعنصر المكون لنموذجه التصورى . والنسق عنده عبارة عن كيان كلى مكون من أجزاء محددة بينها علاقات تساند متبادل اذ يؤثر ويتأثر كل منها بالاخر ، وتكون هذه الاجزاء — مع العلاقات السائدة بينها — النسق ككل .

وقد حاول بول أن يذهب ببعض أفكار أكيركنخت الى مدى أبعد . فقدم مجموعة من الاسئلة لم يقدمها أكيركنخت . فعندما اعتبر أن الثقافة نسق والنمط الطبى عبارة عن نسق فرعى تساءل عما يمكن أن يحدث للنسق وللنسق الفرعى عندما تقدم عناصر جديدة متصلة بالصحة وتساءل أيضا عما يمكن أن يحدث للعناصر الجديدة التى تدخل فى نسق اجتماعى ثقافى . وفى هذا الصدد يقدم اقتراحين :

يرى فى أحدهما : أن تفسير رد فعل الانساق الثقافية للعناصر الجديدة يجب ألا يتم فقط من خلال طبيعة النسق ، كما يجب الا يفسر عن طريق التعرف على طبيعة العناصر وطريقة تقديمها للمجتمع فقط ، بل يجب أن يتم التفسير بالاستناد الى الاثنين معا .

ويرى فى الثانى : انه سوف تكون هناك عملية تأثير متبادل اذ يتوقع أن يؤدى تقديم أية عناصر صحية الى التأثير فى النسق الاجتماعى الثقافى ككل بما فى ذلك النسق الطبى ، وسوف تتأثر أيضا العناصر الجديدة اذ يتوقع تشكيلها أو اعادة تفسيرها .



ويمكننا أن نعتبر أن اسهام بول هو نقطة انطلاق من المرحلة التى توقف عندها الرواد الثلاثة الاول اذا نظرنا اليه من جانبين ؛ الجانب الاول هو أن الاطر الثلاثة الاولى اقتصرت على تفسير مجتمعات بدائية وبالتالى ربطت البحث بهذا النوع من المجتمعات ، أما نموذج بول النسقى فانه تخطى هذا الحاجز اذ يمكنه أن يستوعب ، وبالتالى يخضع للبحث ، الانساق الطبية الحديثة تماما مثلها مثل الانساق الطبية التقليدية . أما الجانب الثانى فيتمثل فى تخطى بول لمرحلة النماذج الاستاتيكية التى قدمها الرواد الثلاثة عندما حاولوا شرح وتفسير انساق الطب البدائى فى حالة استقرارها ، فقدم نموذجا ديناميا يستطيع معالجة طبيعة ونتائج التغير . ويلاحظ أيضا على بول أنه برغم اشارته الى حقيقة واهمية الاعتبارات الايكولوجية الا أنه عالجها على أنها خلفية ، ولم يحاول التعرف على العلاقة بينها وبين المتغيرات الاجتماعية والثقافية الا محاولات ضئيلة .

٥ — الاتجاه الايكولوجى مع الاهتمام بالمتغيرات الثقافية والبيولوجية :

يعتبر هذا التوجيه النظرى هو أحدث اتجاه ، فهو لا يتضمن فقط اتجاه بول النسقى ، بل يهتم أيضا بالعوامل البيولوجية وضرورات البيئة . وعلى ذلك فان هذا الاتجاه النظرى يعتبر خطوة نحو عدم الاقتصار على الجانب الاجتماعى الثقافى . وهناك اكثر من رائد يمكن أن يمثل هذا الاتجاه ، فقد قدم الاند Alland سنة ١٩٦٦ ، سنة ١٩٧٠ أفضل قضايا نظرية ، كما قدم كل من ليفنجستو Livingston سنة ١٩٥٨ ، وفيزنفيلد Wiesenfeld سنة ١٩٦٧ ، ودن Dunn سنة ١٩٦٨ وغيرهم أفضل اسهامات تطبيقية .

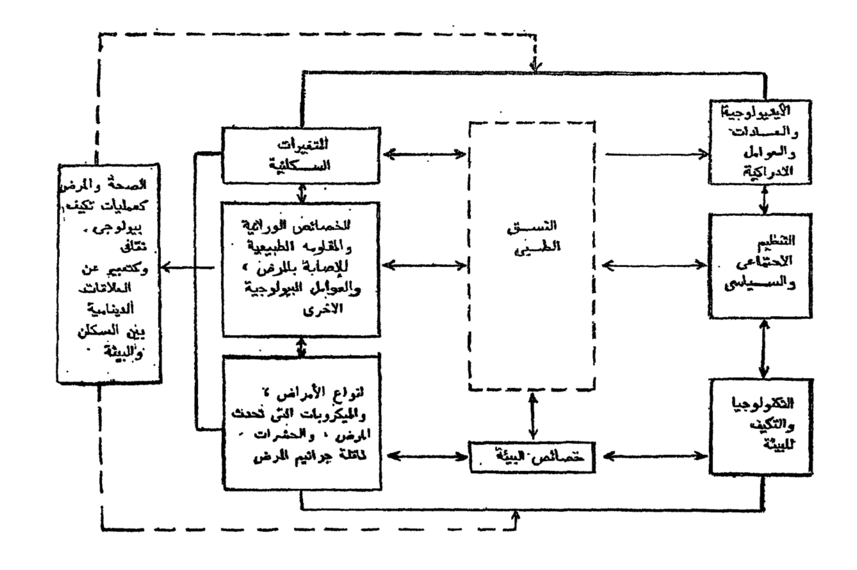
وقد اهتم العلماء فى اطار هذا الاتجاه الذى امكن تسميته بالاتجاه الايكولوجى اشد الاهتمام بأبعاد المرض . ونظروا الى المرض على أنه متغير تابع وحاولوا التعرف على الكيفية التى يمكن أن تؤثر بها العوامل البيولوجية والثقافية وضغوط البيئة على عملية المرض ، وعلى توزيع المرض كما نظروا اليه أيضا على أنه متغير مستقل فتساءلوا عن الاثار وعن المصاحبات الاجتماعية والثقافية للمرض بما فى ذلك الجوانب المعرفية الخاصة بمرض ما يحدث لدى جماعة معينة .

وقد أطلق الأنثروبولوجيون على هذا الاتجاه مسميات مختلفة . فقد سموه « ديناميات الحالة الصحية » ، أو « الايكولوجيا » ، أو « الايكولوجيا الطبية » ، أو « علم الاوبئة الاجتماعية » .

وتكمن جذور الاتجاه الايكولوجى فى النظرية التطورية فى علم الاحياء .

وقد انطلق هذا الاتجاه من مفهوم معين وهو أن السكان (وليس الجينات أو الفرد البيولوجى أو الاجناس) هم الوحدات الاساسية فى عملية التطور لهذ اعتمد من اهتموا بهذا الاتجاه على احصائيات حركة السكان كأداة أساسية فى دراسة عملية التطور ، ونظروا الى الجماعات البشرية على أنها تتطور تطورا فريدا ، وهى فى تطورها تسخر وتنقل الثقافة كاداة فعالة للتكيف مع البيئة وللتحكم فيها أيضا . فالتكف الانسانى هو عملية تفاعل ثقافى بيولوجى من خلال عوامل بيئية معينة . وقد قدم الاند قضية عامة فيما يتعلق بالعلاقة الوثيقة بين البيولوجيا والتكيف البشرى فى البيئة وبين المرض حين قال : « يرجع حدوث المرض بصفة عامة الى عوامل وراثية وغير وراثية ، ويمكن أن يحدث اى تغير فى نسق السلوك نتائج طبية . وسوف تؤدى بعض التغيرات فى هذا الجانب الى تغيرات فى نظام الوراثة . ومن ناحية أخرى فان المرض يحدث تغييرات فى البناء الوراثى بحيث يمكن لهذه التغييرات أن تؤثر فى نسق السلوك . ويمكن أن ترجع هذه التأثيرات الى اعادة بناء السكان أو الى ظهور أنماط من المناعة تعدل من قدرات الانسان على أستغلال البيئة . ومن ناحية أخرى فان التغيرات الطبيعية فى مجال البيئة تتيح الفرصة لوجود ضغوط من نوع معين تؤثر فى صحة الانسان وقد تتعلق بالمرض ، وهذه يجب مواجهتها عن طريق التكيف الفيزيقى وغير الفيزيقى » .

وينظر النموذج التصورى الايكولوجى للصحة والمرض على انهما مؤشران للدلالة على قدرة الجماعة على الجمع بين المصادر البيولوجية والمصادر الثقافية لتحقيق التكيف للبيئة التى تعيش فيها الجماعة . وينظر النموذج أيضا الى الصحة والمرض من خلال تأثيرهما على الثقافة فى أثناء عملية الاستجابة للبيئة . ويوضح الشكل الاتى النموذج التصورى الايكولوجى الذى يقدم اطار عمل شاملا أساسا للبحوث الحديثة فى الأنثروبولوجيا الطبية فى اطار هذا الاتجاه .


الأيديولوجية والعادات والعوامل الادراكية
التنظيم الاجتماعى والسياسى
التكنولوجيا والتكيف للبيئة
النسق الطبيعى
خصائص البيئة
التغيرات السكانية
الخصائص الوراثية والمقاومه الطبيعية للإصابة بالمرض ، والعوامل البيولوجية الاخرى
أنواع الأمراض ، والميكروبات التى تحدث المرض ، والحشرات ناقلة جراثيم المرض
الصحة والمرض كعمليات تكيف بيولوجى ، تنشأ وكتعبير عن العلاقات الديناميكية بين السكان والبيئة .

ووفقا لهـذا الاتجاه تختلف طبيعة « النسق الطبى » وفقـا لدرجة التطور . ففى المجتمعات البدائية لا يكون لهذا النسق القدرة الا على الحد من الاصابة بالامراض او محاولة التخلص منها . أما فى حالة المجتمع المتقدم فان الوسائل التكنولوجية ، والمتخصصين المتفرغين ، والبناء المعرفى تؤدى كلها الى أن يصبح النسق ذا كفاءة تنظيمية بحيث يكون قادرا على أن يؤدى دورا متزايدا ومستقلا وهاما فيما يتعلق بالعـلاج والوقاية من المرض من خلال عملية التكيف .

ويجب ان نشير الى ان هذا الاتجاه قد أعاد فكرة « السمة المنفردة » التى قال بها كلمنتس فى الثلاثينيات وانتقده اكير كنخت مدعيا أن السـمة الواحدة ليس لهـا معنى بعيدا عن اطارها . واذا كان أكيركنخت محقا بالنظر الى نموذجه ، فان الرواد المحدثين لهذا الاتجاه قد وجدوا أن هناك فـائدة من التركيز على السمة المنفردة أو العنصر الواحد ، ولهذا درسـوا حدوث وتوزيع سمات بيولوجية معينة وعزوها الى ممارسات ثقافية ، وكان ذلك يتم دائما داخل الاطار الايكولوجى .

أما من حيث مستقبل هـذا الاتجـاه فان من المتخصصين من يرى أن المستقبل سوف يزيد من التأكيد على أهمية هذا الاتجاه ، وأن من يعملون به سيمكنهم أن يقدموا خدماتهم فى مجالات أخرى مثل الانثروبولوجيا الثقـافية والفيزيقية ، فيمكنهم أن يدرسـوا مع من يعملون فى هـذه المجالات السلوك والمرض داخل الاطار الايكولوجى ، ويمكنهم أيضـا دراسة التفاعل بين الجانب البيولوجى والانساق الاجتماعية والثقافية ، والبيئية وحجم السكان والبناءات ، على أنهـا متغيرات متفاعلة لها درجـات متفاوتة من الاسـتقلال والتبعيـة والتساند (١١) .

موضوعات الدراسة ومجالات الاهتمام :

يمكن حصر اهتمامات علماء الانثروبولوجيا فى الموضوعات الاساسية الآتية :

---

(١١) د. نبيل صبحى حنـا ، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضـايا الصحة والمرض فى مصر ، مرجع سابق ، ص ص ٤٥ — ٥٦ .

١ — موضوع العلم :

القسم الاول فى هذا التخصص هو الذى يتناول موضوع العلم نفسه ويضم مجموعة الدراسات التى تتعلق بالجوانب النظرية والتطبيقات العملية للتخصص مثل المشكلات العامة التى يمكن أن تكون موضوعا للبحث . ومجموعة النظريات والافكار الرئيسية التى تشكل جانبا من تراث التخصص فى فترة زمنية معينة ، بالاضافة الى تلك البحوث والدراسات التى تحاول تطبيق هذه النظريات أو اختبارها او الانتفاع بها فى خدمة الواقع العملى . كما يضم ايضا مجموعة التوجيهات النظرية والارشادات الميدانية للدارسين والتى دونت فى صورة اعمال مستقلة أو كانت أجزاء من دراسات اخرى . والمثال على هذا النوع من الكتابات الجزء الذى ضمنه لاندى كتابه — المشار اليه فى هذا المقال — بعنوان « تعليم وتدريس الأنثروبولوجيا الطبية » وهناك موضوعان آخران هامان ايضا أحدهما يضم مجموعة الدراسات التى تهتم بتاريخ التخصص وجذوره ، أما الموضوع الثانى فيتناول علاقة التخصص الاخرى سواء أكانت العلوم الانسانية والسلوكية ام غيرها من العلوم مثل الطب والاحياء وغيرها .

وسوف يجد القارىء كتابات كثيرة فى هذا المجال ورد معظمها كفصول او اجزاء فى اعمال علمية أخرى ، فهناك كتابات عن الخلفية التاريخية للانثروبولوجيا الطبية ، وعلاقتها ببعض العلوم الاخرى ، وكتابات أخرى هى عبارة عن استخدام للمفاهيم والنظريات السائدة فى تخصص الأنثروبولوجيا الام بالتطبيق على الجانب الصحى ، مثل دراسة الطب البدائى كعناصر نمطية ثقافية ذات وظيفة داخل الاطار الثقافى الاشمل . كما أن هناك الكثير من التوجيهات التى وردت فى دراسات عديدة ويمكن أن يفيد منها من يعمل فى المجال مثل ما كتب عن دور العالم الاجتماعى فى المجال الصحى .

٢ — الانساق الطبية :

الفكرة الاساسية وراء تصنيف مجموعة من الموضوعات تحت هذا القسم واعتبارها موضوعات تخضع تحت تصنيف أكبر مستقل « الانساق الطبية » هى انه يمكن النظر الى كل ما يتعلق بالصحة والمرض من أفكار ومعتقدات وممارسات فى اى مجتمع على أنه نسق طبى . وهذا يتضمن اننا — كانثروبولوجيين — عندما ننظر الى هذا النسق فاننا ننظر اليه فى ضوء علاقته بالانساق الاخرى ، مثل الانساق الاقتصادية والدينية

والعائلية ... الخ . ويتضمن ذلك أيضا فكرة تنوع الانساق الطبيـــة بتنوع الجماعات والمجتمعات .

ويضم هـــذا القسم الدراسات التى تنظـــر الى الانســـاق الطبيـــة كاستراتيجية للتكيف الاجتماعى والثقافى ، وتلك التى تدرس نظريات المرض وانساق الرعاية الصحية كما يضم الدراسات التى تعتبر هذه الانساق أجزاء متكاملة مع الثقافة . ويبحث الدارس هنا عن الجانب الوقائى العـــلاجى فى النسق الطبى الذى يدرسه ، اذ أن كل نسق طبى له جانبه الوقائى وجانبه العلاجى . كما يبحث عن الوظائف المتعـــددة للانســـاق الطبية ، ففى بعض الانساق الطبية تقدم نظرية المرض ترشيدا للعلاج بجانب تقديم أسباب حدوث المرض . ودائما يؤدى نسق نظرية المرض دورا قويا فى عملية الجزاء وفى تدعيم المعايير الاخلاقية الثقافية ، بل يمكن أن يقوى نسق نظرية المرض من الممارسات المحافظة ، ويمكن أن يعمل على ضبط الاتجاهات العدوانية .

والدراسات فى هذا المجال أيضا متوافرة ، فمنها ما يركز على العلاقة بين البناء الاجتماعى والنسق الصحى مثل دراسة البناء الاجتماعى ومفاهيم الصحة عند الزولو ، ومنها ما يتعلق بالثقافة ونسق الصـــحة مثل دراســـة العناصر الثقافية المتضـــمنة فى الممارسات الصحية فى مصر .

٣ ـ البناء الاجتماعى الثقافى والصحة والمرض (الثبات والتغير) :

على الرغم من أن العلاقة بين البناء الاجتماعى والثقافة وبين الصحة والمرض هى موضوع الانثروبولوجيا الطبية بصفة عامة ، وتتصل جميـــع الموضوعات التى تعالج فى أى مجال من مجالاتها من قريب أو من بعيد بالبناء الاجتماعى والثقافة ، الا أننا نفضل أن نخصص قسما خاصا ـ أو مجـــالا خاصا ـ لهذا الموضوع ، ونتصور أنه يضم تلك الموضوعات التى يدرسهـــا الباحث بتوجيه معين وهو انه ينظر الى جوانب البنـــاء الاجتماعى وعناصر الثقافة كمتغيرات مستقلة والحالة الصحية أو المرض كمتغيرات تابعة حتى لو كانت هذه العناصر يمكن أن تكون متغيرات تابعة لمتغيرات مستقلة أخرى بالنسبة لمـــا سبق وأشرنا اليه من أن الظاهرة يمكن ان تكون سببا ونتيجة فى نفس الوقت ، فما يهمنا هنا هو اتجاه الباحث الذى يوجه نظره الى البناء والثقافة ليرى تأثيرهما على الظواهر الصحية .

ويتضمن موضوع البناء الاجتماعى الدراسات الخاصة بانساق البناء الاجتماعى (كالنسق الاقتصادى مثلا) وعلاقتها بالصحة ، والدراســـات المتعلقـــة بالمكانات الاجتماعية وما يرتبط بها من أدوار وعلاقتهـــا بالصحة

والمرض . فقد اهتم من عملوا فى هذا المجال بدور المرأة وعلاقته بالممارسات والمشكلات الصحية ، وحللوا علاقة الزوج بالزوجة والاقارب وأثره على الصحة ، كما اهتموا بتأثير عمل المرأة خارج المنزل وداخله على الصحة وفى مجال الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية اهتم بعض العلماء بفكرة الالتزام داخل الجماعة ودوره فى الاصابة بالمرض ، وبدور الجماعة القرابية فى حالة المرض . كما اهتموا بطابع البناء الاجتماعى ككل وعلاقته بالصحة والمرض ، وأثره على الاستجابة للبرامج الصحية كما أشار المتخصصون الى أهمية التصنيف الى جماعات سن فى المجتمع وعلاقة ذلك بالمفاهيم السائدة عن الصحة ، فاهتموا بالميلاد وفترة الطفولة والكبر . ووجهوا اهتماما شديدا لفكرة الكبر . ويهتم الأنثروبولوجى فى هذا الموضوع بالمفهوم والتفسير الاجتماعى للكبر ، وطرق مواجهته ، ومسئولية اعالة كبار السن .

وقد أشار فوستر الى موضوع هام هو الادوار الاجتماعية والوظائف الاجتماعية للمرض ، فالمرض قد يعطى للفرد فرصة الافلات من الضغوط والانفكاك من الضغوط غير المحتملة ، وقد يكون المرض حدثا فى مصلحة فشله الشخصى ، ويمكن أن يجذب اليه الانتباه الذى يفتقر اليه كثير من الناس ويمكن أن يكون المرض وسيلة للضبط الاجتماعى حينما يعوق الفرد عن أداء أعمال معينة ويمكن أيضا أن يكون مخرجا لمشاعر وعقدة الاحساس بالاثم والذنب . أما فترة المرض نفسها فيمكن أن تكون فترة اجازة من الادوار اليومية التى يقوم بها الفرد . ويرى فوستر أن دراسة مراحل المرض تعتبر موضوعا هاما فى هذا المجال ، فالأنثروبولوجى يهتم بالجوانب المتصلة بفترة ظهور أعراض المرض ، ثم ببداية المرض وبداية التعامل مع المريض ، ومرحلة العلاج ثم مرحلة النقاهة .

اما المهتمون بدراسة علاقة عناصر الثقافة بالجانب الصحى فهم يدرسون علاقة الدين والقيم بالممارسات الصحية : ويدرسون الطقوس المرتبطة بالميلاد والمرض والوفاة ويدرسون الاعتقاد فى الوظيفة الوقائية للطقوس ، وتأثير القيم على الصحة ويهتمون فى هذا الموضوع بالقيم المرتبطة بالاطعمة والقيم التى تكمن خلف الممارسات الثقافية المتعلقة بالصحة ، فيدرسون تأثير كرم الضيافة على متطلبات العلاج فى البيئات التقليدية اذ أحيانا ما تحدث تناقضات بين مقتضيات الضيافة والعلاج . ويهتم الدارس فى هذا المجال أيضا بالثقافات المعزولة ، وبتأثير التمركز الثقافى . والاهمية الثقافية للعادات الغذائية ، وتأثير التحيز لاطعمة معينة على الصحة . كما يهتم الدارس بموضوعات أخرى مثل أهمية أنماط الثقافة بالنسبة لمن يعملون فى مجال التغذية ، وأثر حواجز اللغة على مشكلة نقل المفاهيم المتعلقة بالصحة والنتائج الصحية المترتبة على التغير الثقافى .

هناك أيضا مجموعة اخرى من الموضوعات تتعلق بالتطورات الحديثة وتدخل فى مجال اهتمام الأنثروبولوجيا الطبية مثل التطورات الحديثة للطب ودور الأنثروبولوجيا فى ضبط المشكلات المتعلقة بها والتحكم فيها مثل مشكلة وجود معوقات تحول دون قبول للطب الحديث فى المجتمعات التقليدية ، وعمليات مقاومة الطب الحديث التى تحدث فى ثقافات خاصة ، وتحدى الافكار الجديدة عن الصحة والمرض . ويضم هذا المجال ايضا دراسات تتعلق بالجانب الايجابى ، مثل دراسة نجاح الطب الحديث ، والاعتماد المتزايد على الخدمات الصحية ، وانماط قبول الخدمات الطبية الحديثة ، وظهور التوقعات ، واثر التعليم . ويلاحظ أن الاهتمام المتزايد بتأهيل وتدريب العاملين فى المجال الصحى ادى الى وجود حاجة لاجراء دراسات عن طبيعة عملية التدريب فى مجال الدراسات الاجتماعية بالنسبة للمتخصصين فى المهن الطبية والخدمات الصحية ، خاصة ما يتعلق بالتدريب الحقلى وتحقيق الارتباط الدائم بالبحث الميدانى .

ومن الدراسات التى أجريت فى هذا المجال دراسة المشكلات النفسية فى المجتمعات النامية ، ودراسة أدوار كبار السن وعلاقتها بالصحة ، ودراسة الانساق الطبية وصحة الطفل . وهناك دراسات أجريت على ممارسات الحمل والولادة والتوليد فى قرى معينة ، وعن المعتقدات والاتجاهات نحو أمراض معينة كأمراض العيون والامراض المعدية ؛ وكيفية التحكم فى هذه الامراض فى بيئات ريفية .

٤ ــ التغذية :

يعتبر موضوع التغذية من الموضوعات التى حظيت باهتمام كثير من التخصصات العلمية مثل الطب والاحياء ، كما حظيت باهتمام المتخصصين فى الدراسات الاجتماعية أيضا ، وهو يعتبر موضوعا أساسيا فى مجال الأنثروبولوجيا الطبية . ويدرس فيه الأنثروبولوجى أثر الثقافة والعوامل الاجتماعية على تحديدات وتحريمات أنواع معينة من الغذاء ، كما يدرس مسألة الغذاء المناسب كما تراه كل جماعة ، والمعايير المرتبطة بتناول الطعام والمفاهيم الاجتماعية السائدة عن الجوع والشهية وفقدان الشهية والتعبير عن كل منها . ويهتم أيضا بالدور الرمزى للطعام على أساس أن تناول الاطعمة والمشروبات أحيانا يكون تعبيرا عن الروابط الاجتماعية أو عن تماسك الجماعة . واذا كان الطعام والحصول عليه يرتبط بالجانب الاقتصادى فان الطعام يرتبط فى بعض الاحيان بالضغوط الاجتماعية . ومن الموضوعات الهامة أيضا فى هذا المجال علاقة الثقافة بكفاءة عملية التغذية ، فالمحددات

الثقافية التى تحتم اطعمة معينة وتمنع غيرها احيانا تضع قيودا على الافادة من الغذاء . كما يؤدى الفشل فى ادراك العلاقة بين الطعام والصحة ، أو الفشل فى التعرف على الضروريات الغذائية للطفل وللمريض الى مشكلات صحية أيضا ، وهى كلها موضوعات هامة يجب دراستها . كما انه من المهم أيضا دراسة المشكلات الغذائية فى حالات التغير الثقافى والاجتماعى .

وقد اتجهت الدراسات التى أجريت فى هـذا المجال الى التعرف على سوء التغذية وعلاقته بالعادات الغذائية ، وأثر تغيير الوجبات على العادات الصحية ، والاقتصاد وعلاقته بسوء التغذية فى مجتمعات معينـة . كمـا خصص بعض الباحثين دراساتهم على نوعية واحدة من العناصر الغذائية فدرسوا مثلا نقص البروتين فى الغذاء فى مناطق معينة فى الهند ، كما درس غيرهم الاتجاهات الجديدة لتحسين التغذية .

٥ ـ الايكولوجى :

يهتم هذا الموضوع بمسألة الوجـود فى بيئات طبيعية على مستويات الصحة العامة واحتمال الاصـابة بالامراض . كمـا يدرس اثر الوجود فى بيئات اجتماعية وثقافية معينة على الصحة والمرض أيضا . وعلى الرغم من أن كل موضوع من الموضوعين السابقين يمكن أن يعالج معالجة مسـتقلة الا انه لا يخفى على الدارس أن هناك علاقة بين الوجود فى بيئة طبيعية وبين التراث الاجتماعى والثقافى السائد لدى الجماعة التى تسكن هذه البيئة .

والموضوعات فى هذا المجال متعددة فالانثروبولوجى يمكن أن يدرس أنماط البيئات الطبيعية (كالبيئات الصحراوية والريفية) وأثر الوجود بها على الصحة مثل دراسة تاثير عزلة المناطق الصـحراوية أو الريفيـة على مستويات الصحة العامة بها . كما يمكنه أن يدرس انواع البيئات الخطـرة أو التى يعيش الناس فيها وهم يعانون باستمرار من نقص المياه أو نقص الغـذاء أو التعرض للامراض ، وهو يجب عليه أن يهتم فى هـذه الحـالة بالاساليب التى يتبعها الناس من أجل البقـاء فى البيئات القاسية . أمـا اهتمام الانثروبولوجى بالبيئة الاجتماعية والثقافية وعلاقتها بالصحة والمرض فيتضمن دراسة انواع المجتمعات المحلية ، أو الاحياء الخاصة والشعبية ، والانساق الاجتماعية والثقافية السـائدة فى كل منهـا ، والمهنة او المهن السائدة .

وقد اجريت دراسات عدة فى هذا المجال نذكر منها على سبيل المثـال

دراسة الانماط الثقافية والمعتقدات السائدة بين الجماعات البدوية وأثرهـا على انشطة القضاء على الملاريا . والدراسات العديدة التى اجريت للتعرف على محاولات الوقاية من المرض فى المناطق الريفية ، والدراسات التقويمية للبرامج الصحية فى بيئات معينة . والدراسات الخاصة بمشاركة المجتمع المحلى فى الاسكان وصحة البيئة .

٦ — الطب الشعبى :

الطب الشعبى من الموضوعات الهامة التى كرس لهـا من يعملون فى مجال الانثروبولوجى الطبية وقتا وجهدا كبيرين . وربما يرجع ذلك الى ان معظم المجتمعات التى عملوا بها كانت مجتمعات بدائية أو نامية تنتشر فيها وسائل العلاج الشعبية . وحتى اذا كان الطب الحديث قد غزا مجتمعات نامية كثيرة ، فان الانثروبولوجيين ظلوا ايضـا يركزون لفتـرة طويلة على دراسة جانب الطب الشعبى دون الرسمى ، وربما فكر البعض منهم فى ان التخصص ينحصر فقط فى دراسة ما هو تقليدى أو بدائى . على انه لذا كنا اليوم نرى الانثروبولوجيا الطبية تهتم بالتطبيقات الحديثة للطب وبالمؤسسات الطبية فى المجتمع المعاصر ، الا ان موضوع الطب الشعبى كان ، ومازال ، ويجب أن يظل موضوعا اساسيا من موضوعات التخصص ، فلا توجد ثقافة من الثقافات الا احتوت على عناصر من الطب الشعبى ، ولا يوجد مجتمع بدائى او مجتمع نام أو مجتمع متحضر الا وتنتشر فيه طرق العلاج الشعبى ، والفارق بين هذه المجتمعات يتعلق بمسالة النسبية . فالمجتمعات المتحضرة اكثر اعتمادا على الطب الحديث واقل اعتمادا على الطب الشعبى والعكس صحيح . على اننا نود أو ننبه الى أن بعض المجتمعات المتقدمة ينتشر فيهـا اليوم تيـارات تتعلق بالتشخيص والعـلاج هى فى الواقع صياغات جديدة وصور حضارية لممارسات شعبية قديمة لكنها لونت نفسها لكى ترضى عقلية الانسان المتحضر ، وهى كلهـا أساليب وطرق ترتبـط فى كثير من الاحيـان بالمعتقدات . بل أن هنـاك عودة الى طب الاعشـاب والتداوى بالنتـاج الطبيعى للبيئة ، تماما كما كان يفعل الانسان قبل أن يصل به الطب الحديث الى أن ينظر الى التداوى بالاعشاب على انه أسلوب بدائى .

ويتضمن البحث فى هـذا الموضوع التطرق الى مسائل تتعلق بتفسير المرض فى الثقافات المختلفة فهناك الانساق الطبية التى ترى أن الانسـان ضحية فى اصابته بالمرض فالآلهة أو الكائنات غير المرئية ، أو الطبيعية قـد أرادت له المرض . كمـا يتضمن أيضـا تصنيف الامراض وارتبـاط ذلك بأسبابها ، وطرق علاج الامراض المختلفة . واذا كان الدارسون فى هـذا

المجال قد اهتموا بدراسة أمراض عديدة فان هناك اهتماما خاصا بالامراض العقلية والنفسية والعلاج النفسي الشعبي . يتطرق الباحث فى هذا الموضوع الى مسائل مثل كيفية النظر فى المجتمعات التقليدية الى الامراض العقلية ، وكيف بدأت المجتمعات تهتم بالامراض العقلية ، وما هو التعريف الثقافى للسواء وعدم السواء ، وما هى أهداف العلاج . كما يمكن أن يقارن الباحث بين نوعيات الامراض العقلية السائدة فى ثقافات مختلفة ، وأن يهتم بتأثير التغيرات التى تحدث فى المجتمع على الامراض العقلية .

ويهتم الباحث فى الطب الشعبى أيضا بالمعالجين الشعبيين من حيث انواعهم فيميز بين العرافين والسحرة ومن يعالجون بالاعشاب أو بغير ذلك من الوسائل . وهناك جوانب عامة فى دور الطبيب الشعبى ينبغى الاهتمام بها مثل كيفية التخصص فى العمل ، وكيفية اختيار وتدريب الطبيب الشعبى ، وطبيعة تصور الناس عن المهنة واعتقاد الناس فى قدرات الطبيب الشعبى ثم اتجاههم نحوه ، والمقابل الذى يتقاضاه المعالج الشعبى نظير قيامه بالخدمة . ومن الجوانب الهامة أيضا دراسة علاقته مع المريض ، ومع جماعته القرابية .

ويهتم الانثروبولوجيون اليوم بدراسة جوانب الضعف والخطورة وجوانب القوة فى الاساليب الطبية التقليدية ، بحيث يتعرفون على فائدة بعض الاساليب العلاجية أو ضررها وخطورتها او عدم جدواها . وتجدى هذه الدراسات فى المشروعات والبرامج الصحية اذ يمكن الانتفاع بنتائجها لتوجيه الحملات الصحية توجيها واعيا . كما يمكن ان تفيد فى القاء الضوء على ما هو مفيد من الممارسات الشعبية وما يمكن منها أن يكون عاملا من عوامل التغلب على الامراض بحيث يتعاون هذا الجانب مع اهداف الطب الرسمى للتغلب على نفس المرض .

وقد أجريت دراسات فى هذا الموضوع بحيث غطت معظم جوانب الموضوع . فهناك دراسات عن الاعشاب الطبية فى مجتمعات معينة ، ودراسات عن الطب المقدس والطب العلمانى ، وعن العلاج والصحة العقلية فى ثقافات متعددة ، وعن التغير التكنولوجى وآثاره على الطب الشعبى وممارسيه فى الخدمات الصحية .

وأود ان اشير الى ان البحث والدراسة فى الطب الشعبى نالت اهتماما خاصا من مدرسة علم الاجتماع والانثروبولوجيا فى مصر ، وخاصة فى المجال الاكاديمى . وعلى سبيل المثال اهتم أكثر من عضو من اعضاء قسم الاجتماع بجامعة القاهرة بموضوع الطب الشعبى ، ويأتى فى مقدمة هؤلاء الجوهرى

الذي لم يخل عمل من اعماله العظيمة الخاصة بالفلكلور من اشارة الى ظاهرة تتعلق بالطب الشعبي ، وعلى سبيل المثال خصص الباب الخامس من كتابه « علم الفولكلور » الجزء الثاني ، لموضوع الطب الشعبي تنم فيه على مدى ستة فصول نظرة عامة الى الطب الشعبي ، ثم ناقش فلسفته ، وتكلم عن أنواع الوصفات ثم عن ممارس الطب الشعبي ، ثم زود الموضوع بدليل مختصر للدراسة الميدانية . وقبل ذلك ضمن دليل الدراسة العلمية للعادات والتقاليد الشعبية أسئلة تتعلق بالطب الشعبي الخاص بدورة الحياة . وعلى الرغم من إنه خصص فصلا منفردا في كتابه « الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية » للطب الشعبي ، الا أن أجزاء الدليل الأخرى لم تخل مما يتعلق بالطب الشعبي . فعندما تناول موضوع المعتقدات والمعارف المتصلة بالنباتات ضمن الدليل أسئلة عن الاستخدام الطبي للنباتات . كما أهتم ايضا بتقديم شروح لكتب الطب الشعبي في ببليوجرافيته التي صدرت بعنوان « مصادر دراسة الفولكلور العربي . قائمة ببليوجرافية مشروحة » . وبعد الجوهري اهتم تلاميذه بنفس الموضوع فقد بدأ كاتب هذا المقال اهتمامه بالطب الشعبي في التحليل النقدي الذي قدمه سنة ١٩٧٥ لكتاب عبد الرحمن أسماعيل بعنوان « طب الركة » . كما أجرى دراسات ميدانية عن الطب الشعبي لدى بدو الصحراء . كذلك اهتم علي المكاوي في رسالة للماجستير بالتطرق الى بعض ممارسات الطب الشعبي في أثناء معالجته للمعتقدات . كذلك فان الدراسة التي اجراها الدكتور حسن الخولي وحصل بها على درجة الدكتوراه من نفس القسم مؤخرا في كتابه « الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث » اهتم فيها بموضوع الطب الشعبي بين الريف والحضر .

٧ — المؤسسات الطبيـــــة :

ويعتبر موضوع المؤسسات الطبية الحديثة من الموضوعات الهامة التي اهتم بها الانثروبولوجيون والتي يجب أن يزداد اهتمامنا بها نظرا لأن الخدمة بها تتأثر بعوامل مجتمعية عديدة مما يؤثر على أداء دورها سواء سلبا أو ايجابا . وتعتبر المستشفى والوحدة الصحية والعيادة الطبية هي نمـــاذج المؤسسات الطبية التي يجب الاهتمام بها . وقد أشار فوستر الى أهميـــة دراسة بناء ووظيفة المستشفى ، والنظر الى المستشفى كمجتمع صغير . كما اكد أهمية دراسة الصراع في مجال السلطة داخل المستشفى . وطابع الحراك المغلق الذي تتميز به المستشفى . وفي المجتمع الحـــديث نوه الى أهمية دراسة تغير دور المستشفى .

ويعتبر موضـــوع السلوك المرضي ودور المريض وعلاقتـــه بالقائمين

بالعلاج داخل المؤسسات الصحية من الموضوعات الاساسية فى هذا الجانب ، ولا ننسى فى هذا الجانب الاسهام الجديد لبارسونز فى دراسة دور المريض . ومن الاهمية بمكان تناول نقاط أخرى بالدراسة مثل نظرة المريض لوجوده فى المستشفى ، وكيف يتعامل الاطباء مع المرضى فى مواقف وثقافات متعددة .

وهناك موضوعات لها علاقة مباشرة بالمؤسسات الطبية مثل موضوع مهنة التمريض . وخاصة علاقة التمريض بالانثروبولوجيا ، من حيث ما يمكن ان يؤديه هذا العلم بالنسبة لتحسين خدمة التمريض كما سبق واشارت الى ذلك مادلين لينجر . ويجب أن تجرى دراسات فى هذا المجال عن الثورة الحديثة فى مجال التمريض وتعليمه ، ودور الممرضة (خاصة ما يتعلق بالفارق بين المثال والواقع) ، وعلاقتها مع الطبيب ومع المريض .

ويعتبر موضوع مهنة الطب ايضا موضوعا هاما فى هذا المجال ، وتركز الدراسة فيه على موضوعات مثل مفهوم بمهنة الطب ، والتعليم الطبى ، وثقافة الطلبة ، والتخصص الطبى ، وفقدان المثالية ... الخ . ويلاحظ أن هذه الدراسات هى مجال للالتقاء والاسهام المشترك بين علم الاجتماع الطبى والانثروبولوجيا الطبية .

٨ — اعداد وتقويم المشروعات الصحية :

هناك اهتمام شديد فى عالمنا المعاصر اليوم بموضوع البرامج والمشروعات وحملات الدعاية الصحية فى كل المجتمعات بصفة عامة ، وفى المجتمعات النامية بصفة خاصة وهناك اتجاه مواز لهذا الاتجاه هو عملية تقويم المشروعات الصحية . وتتم عملية التقويم بناء على معايير بينة ، واذا كان التقويم يهدف الى التعرف على مدى نجاح المشروع أو البرنامج الصحى فانه ينطرق الى ما يرتبط بنجاح او فشل المشروع من عوامل اجتماعية أو ثقافية وفى هذا الصدد يجدر الاهتمام بمسائل حيوية مثل التغيرات التى تحدث فى المجتمع وآثارها على البرامج الصحية : ومشكلات المجتمعات المحلية المعزولة ، والاثار المترتبة على البرامج والمشروعات الصحية مثل مشروع ادخال المياه الصالحة للشرب الى بعض المناطق او وضع خطة لمقاومة الامراض المتوطنة . ويهتم الدارس هنا بموضوعات مثل ازدواج الاستجابة للمشروعات ، وجوانب الثقافة التقليدية التى تعوق المشروعات الصحية .

وقد اجريت دراسات عدة فى هذا الجانب ، فقد درسوا مشكلات

تطبيق البرامج الصحية فى ثقافات معينة ، والعوامل السلوكية اللازمة للتحكم فى الامراض المتوطنة ، والعناصر السلبية والايجابية فى استجابة النـاس البرامج الصحية ، وآثار عوائق الاتصال ، ودور المنزل والمدرسة والمجتمع المحلى فى برامج الصحة العامة . واهتم من يعملون فى هذا المجال بالاسهامات والحدود التى يمكن فى اطارها للعلوم السلوكية أن تسهم فى برامج الصحة العامة (١٢) .

دور الانثروبولوجى فى الميــدان الطبى :

على الرغم من أن مجال الانثروبولوجيا ومجال الطب قد تبادلا المنفعة بالتساوى عندما ظهرت الاهتمامات الانثروبولوجية بالميدان الطبى ، الا أن ذلك قد اضـاف الجديد من الاعباء والقى نوعية جـديدة من المسئوليات على من يعمل فى ميدان الانثروبولوجيا ، كما أنه فتح المجال لمشكلات وقضايا ذات نوعية جديدة أصبح على الانثروبولوجى أن يواجهها . وهى لا تقل صعوبة أو أهمية عن تلك المشكلات والقضـايا التى كـان على الانثروبولوجى أن يواجهها فى دراسته للجماعات البدائية ، لكنها كما ذكرنا تختلف فى النوع .

ولعل أول مسألة يمكن أن تواجهنا هى قضية الهوية ، فقد ادى نمو الاهتمام بالابعاد الاجتماعية والثقافية للطب بين الانثروبولوجيين الذين تلقوا تدريبات متنوعة ، وأصحاب التوجهات النظرية والمنهجية المتعددة ، وذوى الاهتمامات الخاصة فيمـا يتعلق بالمشكلات الى ظهـور مشكلة الهوية فى الانثروبولوجيا الطبية . ومن الطبيعى الا تظهـر الهوية الا اذا تم ترشـيد العمل فى هـذا المجال بشكل يسمح بظهور هـذه الهوية وتميزها . فتدخل الانثروبولوجى فى المسائل الصحية يحتاج الى ترشيد لمـا نعنيه بمصطلح الانثروبولوجيا الطبيـة والانثروبولوجيا الاكلينيكيـة لان ذلك سيسـاعد على تحديد كيفية تدخل الانثروبولوجى فى المسائل الطبية (١٣) .

ويتطلب تدخل الانثروبولوجى فى الميدان الطبى حد أدنى من المعرفة الصحية والطبية . فاذا كان هذا المجال يمكن تعريفه على انه دراسة الصحة أو لاعتلال الصحة كنتيجة لعوامل متعددة منها سلوك الانسان الاجتمـاعى

---

(١٢) د. نبيل صبحى حنا ، المرجع السـابق ، ص ص ٣٨ ـــ ٤٤ .

(13) Linda Alexander, Clinical Anthropology : Morals and Methods. Medical Anthropology, Vol. 3., No. 2, 1979, pp. 61, 63, 64.

والثقافى فان تاهيلا خاصا فى مجال علم الامراض يعتبر ضروريا للانثروبولوجى لكى يستطيع أن يحكم على ما اذا كانت عوامل اجتماعية وثقافية معينة ترتبط بالاصابة بمرض ما . ونود أن ننبه الى ان اطلاق أحكام تتعلق بارتباط العوامل الاجتماعية والثقافية بالصحة والمرض دون دراية كافية ودون الإعتماد على اجراءات علمية منضبطة سوف يقلل من شأن هذا التخصص فى نظر من يعملون به وفى نظر من ينتظرون منه اسهاما وهم خارج الدائرة على السواء .

والأنثروبولوجى الذى يعمل فى المجال الطبى يمكنه الاسهام فى مجالات عديدة . فهو يستطيع ان يلفت أنظار من يعملون فى هذا المجال الى اهمية التعرف على السلوك الانسانى وفهمه وتفسيره على مستوى الفرد ، وعلى مستوى الجماعة ، ثم على مستوى المجتمع المحلى . ويستطيع أن يقوم بهذا الدور عن طريق مشاركته وعمله مع الاطباء وغيرهم من فريق العمل الصحى ، كما يمكنه القيام بهذا الدور أيضا عن طريق البحوث والدراسات والكتابات التى يمكن أن يقراها الجانب الطبى .

ويمكنه أيضا مساعدة الاطباء على تنمية مهاراتهم فى عمل الوقاية وفى العلاج والتشخيص ، وفى رعايتهم لمرضاهم بصفة عامة . كذلك يمكنه العمل على تحسين العملية التعليمية بالنسبة لطلبة الطب اثناء فترة تعلمهم ، ومساعدة من يعملون فى المجال الطبى على التكيف للتغيرات البيئية السريعة سواء فى مجال التنظيم أو فى مجال المجتمع المحلى او الثقافة .

ويمكنه أيضا — عن طريق الدراسات التى يجريها وباستخدام المنهج الانثروبولوجى المتميز — أن يتعرف على وجهات نظر من يتقبلون على العلاج وتوقعاتهم وتعريف الفريق الطبى بها . وهو يمكن أن يساعد الاطباء على أن تتولد لديهم حساسية الملاحظة لجمع المعلومات وتفسيرها تفسيرا صادقا ، وأن يدربهم على التنبؤ بسلوكهم الشخصى وسلوك الاخرين .

اما من جهة المهارات فهو يمكنه أن يعمل على اكساب من يعملون فى المجال الطبى مهارات تعليمية لكى يستطيعوا تعليم انفسهم ومرضاهم ومن يعملون معهم . ويمكنهم ايضا تقديم ارشاداتهم فى مجال الادارة وتوجيه المهارات أثناء تقديم الرعاية الصحية للافراد والاسر والجماعات (١٤) .

---

(14) Donald A. Kennedy, Anthropologists in Medical Education, Medical Anthropology, Vol. 3., No. 3., 1979, pp. 288-289.

وأود ان اشير فى نهاية هذا الفصل الى أن محاولة الربط بين مجـال الاهتمامات الطبية ومجال الاهتمامات الاجتماعية الذى حاولت توضيحه مازال على المستوى النظرى فقط . وإذا كانت هناك مجالات — مثل تنظيم الاسرة — قد اهتمت بالبحوث الاجتماعية لمعالجة ظواهر طبية وحيوية ، الا ان المشاركة الفعالة الواقعية ، والاسهام المشترك فى خدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر لم يبدأ بعد . وربما يرجع ذلك الى أن الانثروبولوجيين لم يقدموا أنفسهم — بكفاءة — للعمل فى هذه المجالات . وربما يرجع ايضا الى عدم اقتناع بعض ممن يعملون فى المجال الطبى بجدوى الدراسات الاجتماعية والعمل الاجتماعى . وما اشعر به فعلا هو ان مجتمعنا ومصرنا الام تحتـاج فى حالة مرضها وفى حالة إعتلال صحتهـا ، او حتى فى حالة سعيها نحـو مستوى صحى افضل للعمل الاجتماعى (بجانب العمل الطبى) تماما كمـا تحتاج اليه للارتقاء بمختلف جوانب المجتمع . ولكى نستطيع فى المسـتقبل التغلب بسهولة على كثير من مشكلاتنا الصحية يتطلب ذلك ادراكا واعيـا للدور الاجتماعى كما يتطلب ايضـا عملا جادا مخلصا على مستوى رفيع من الاجتماعيين المهتمين بموضوعات الصحة والمرض .

الفصل الثـالث

علم النفس الطبى

علم النفس الطبى هـو ذلك الفـرع من علم النفس والدراسـات السلوكية التى تركز على المسـائل الصحية .. وهو يهتم بدور السلوك فى الصحة والمرض . ويلاحظ أن فكرة علاقة السلوك بالصـحة فكرة ليست بجديدة ولا تحتاج الى اثبات اذ نحن نلمس كل يوم أن جزءا كبيرا من النصائح الطبية التى تقدم للمرضى أو للاصحاء على السواء تتعلق بجوانب سلوكية . وعلى سبيل المثـال فالطبيب ينصـح المريض بالراحـة للتخلص السريع من مرضه . أما الشىء الحديث نسـبيا فهو امكانية دراسة السلوك بطريقـة علمية : والاحدث من ذلك هو امكانية تطبيق هذا العلم فى مجال الطب . ويعد ظهور علم النفس الطبى محاولة لتأكيد هذه العلاقة (١) .

ويرجع اهتمام علم النفس بالمجال الطبى الى أن علم النفس لم يعـد يحصر نفسه فى موضوعات تبتعد عن الواقع التطبيقى ، بل أصبح هناك ما يسمى بعلم النفس التطبيقى ، وهى تلك الدراسـات التى تحـاول تطبيق الحقائق والقوانين والمبادىء التى كشف عنها علم النفس العام على أوجه الانشطة المختلفة . وقد طبقت مبادىء علم النفس فى مجـالات عديدة مثل الصناعة والتجارة والتربية والجيش ، وكان من بينها المجال الطبى (٢) . وقد اتسم اهتمام علم النفس بالمجال الطبى بالتشعب اذ لم يقتصر الاهتمام على الاسهام السيكولوجى فى مجال الامراض النفسية والعقلية بل امتـد الى مجالات طبية أخرى . فقـد أصبح علم النفس اليوم يحتل مكانة هامة كجزء من الاجزاء الاساسية المكونة لنظم الرعاية الصحية ، وأصبح هنـاك الان تزايدا فى ادراك هـذا الدور والاهتمـام به . ويظهـر ذلك جليـا فى

---

(1) James C. Norton, Introduction to Medical Psychology The Free Press, London, 1982, p. X.

(٢) عبد الله عبـد الحي موسى ، المدخـل الى علم النفس ، مكتبة الخانجى بالقاهرة ودار الرفاعى بالرياض ، الطبعة الثالثة سنة ١٩٨٢ ، ص ٥٦ .

المستشفيات وكليات الطب ومدارس التمريض عندما نجد برامج عنوانهـا « الطب التكاملى » أو « الطب السلوكى » أو « الطب البيئى » . بل أن برامج علمية مستقلة فى مجال علم النفس يتم تدريسها فى هذه الاماكن الان ؟ وهى تتضمن ــ كمـا ذكرنا قبل ذلك ــ تطبيق الاسس النفسـية على المجـال الصحى . وينظر طلبة الطب ومدارس التمريض الى علم النفس على انه يقدم لهم المفاهيم والاساليب التى تساعد على مزيد من الفهم لظاهرة الصحة وظاهرة المرض (٣) . ويتطرق علم النفس الطبى الى ابعد من ذلك اذ أنه يتدخل فى اجزاء معينة من عملية علاج امراض محـددة ويسـتخدم فى ذلك نظريات نوعية خاصة به . ويتدرج هـذا ابتداء من الحالات الخاصة مثـل علاج اضطرابات دقات القلب الى تلك الاتجاهات العامة للتدخل السيكولوجى بهدف تحسين الاستجابة للاجراءات الطبية فى حالات الجراحة او غسـيل الكلى (٤) .

ولكى نستطيع التعرف بطريقـة أوضح على كيفيـة ظهور علم النفس الطبى والمنطق الكامن وراء اسهامه فى مجال الصحة ينبغى أن نتبنى منظورا أشمل ، وهو أن ننظـر الى الطب فى ضوء فكرة التغير والقوى المؤدية الى هذا التغير ثم فى ضـوء دور السلوكيات فى هذا المجال المتميز . فلا شك أن هناك قوى تعمل على تغيير الواقع الطبى فى عالمنا المعاصر ، ويوجـد بعض هذه القوى داخل مهنة الطب نفسها ويأتى بعضها الاخر من خارج المهنة :

فمن جهـة القوى الداخليـة أدت الاختراعات الجديدة فى مجال العلاج والدواء الى تغيرات مربكة ، فقـد أدت الى الحفاظ على الانسان ومقـاومة المرض الذى يريد أن يفتك بحياته سريعا ولكنهـا لم تؤد الى الشفاء التـام فى كثير من الحالات ، ولم تؤد حتى الى التحسن فى بعض هذه الحالات . واذا كان اتساع وتنوع المعرفة الطبية قـد ساعد على تقدم الطب الا أن التنوع الشديد فى هذه المعرفة قد أدى الى صعوبة تحديد ما هو اللازم منها لتعـليم وتدريب الاطباء . وأخيرا فان مهمة الطبيب المعالج أصبحت موضع تساؤل بعد أن أخذ الطب الوقائى مكانه جنبا الى جنبه مع الطب العلاجى التقليدى .

أما القوى الخارجيـة فهى عديدة ، وهى تتمثل فى مسـتهلكى الخـدمة الطبية وقدرتهم على توصيل أصواتهم الى الحـكومة . وهم يشكلون أقوى

---

(3) Donald A. Bakal, Psychology and Medicine : Psychological Dimensions of Health and Sickness, Springer Publishing Company, Inc., New York, 1979, p. 1.

(4) James C. Norton, Op. Cit., p. 55.

الجبهات حينما يطالبون بما يريدونه . وتشمل مطالبهم موضوعات وقضايا عديدة تبدأ من المطالبة بنوعية جديدة من الخدمة الصحية الى المطالب المتعلقة بتكاليف هذه الخدمة ، وتبدأ من تعليم وتدريب الاطباء حتى تعيينهم . وفى كثير من الاحيان تتضارب هذه المطالب ، فاتساع نطاق الخدمة الطبية مع تقليل التكاليف أمر يصعب تحقيقه فى وقت واحد . كذلك فان الحاجة الى خدمات متخصصة جدا يقابله حاجة ملحة الى اطباء الرعاية الصحية الاولية . والحاجة الى توظيف كثير من المهنيين فى مجال الصحة تقابله حاجة أخرى هى ضرورة التاكد من كفاءة كل منهم . ويتضح لنا من ذلك أن القوى الاجتماعية والاقتصادية والسياسية تحاصر الطب فى المجتمع .

هناك أيضا النوع المميز من القوى المعرفية والعلمية والفكرية . وهذه أيضا لها تأثيرها القوى على مناخ العمل فى المجال . ويعد علم النفس السلوكى Behavioristic Psychology أحد هذه القوى التى يزداد تأثيرها يوما بعد يوم . وعلى سبيل المثال فان التراث التجريبى والاكلينيكى المتوفر يحاول أن يتعرف على مدى ملاءمة ونفع الدراسات السلوكية لمجال الطب . وعلى الرغم من أن هذا التراث يعالج موضوعات متنوعة ، الا انه يوصلنا الى نتيجة عامة : وهى أن القوانين التى تحكم السلوك تلعب دورا هاما فى الجانب الصحى . فالدراسات التى اجريت على موضوعات مختلفة مثل استجابة المرضى للنصائح الطبية وخضوعهم للعلاج المحدد ، وأثر التمارين الرياضية على الصحة وما الى ذلك قد انتهت كلها الى نتيجة محددة وهى أننا اذا أردنا للطب أن يحقق اكبر تأثير فلابد أن يستطيع أن يستوعب ويعى ويستخدم قوانين السلوك لا ان يكتفى بتلك القوانين التى تحكم الجانب الفسيولوجى فى الجسم .

ويركز اسهام علم النفس فى مجال الطب على أساس هام وهو أن دراسة السلوك تقدم لمهنة الطب الطرق الجديدة للنظر فى المشكلات القديمة أثناء محاولة الطب ايجاد الحلول للمشكلات والاستجابة للحاجات والمسائل المتغيرة . فالبعض يطلب تغيير الاولويات مثل طلب الاهتمام بالسياسات الوقائية بدلا من السياسات التى تضع الرعاية الاولية ضمن أولوياتها . ويلاحظ أن الكثير من هذه التغييرات يتطلب تغييرات سلوكية مثل ابتكار طرق جديدة لضمان وصول الخدمة الصحية ، وانشاء عيادات الارشاد الاسرى . ويعتبر خلق هذه الانشطة الجديدة والعمل على دعمها للوصول بها الى الحد الاقصى من الكفاءة مسالة تتصل بالهندسة السلوكية أيضا . ولهذا فان من تخصصوا فى الطب النفسى والممرضات وخبراء التغذية وبقية أعضاء الفريق الصحى يحتاجون الى الاهتمام بالسلوك اذ انه يدخل فى صميم كافة الانشطة المهنية . كذلك فان كافة الانشطة الصحية الجديدة يجب أن

تهتم بالجانب السلوكي والتغيرات التي تحــدث فيه .. وهــذا ما يوضح أن هناك علاقة بين علم النفس وبين المجال الطبي (٥) .

والملاحظة الهــامة التي نود الاشارة اليها هي أن هــوية علم النفس الطبي كمجال متخصص من مجالات علم النفس مازالت في حاجة الى مزيد من التحديد . ذلك أن المراجع المتوفرة في مكتبة علم النفس وتتناول موضوع هذا التخصص المتميز مازالت تتضمن موضوعات تنتمي الى فروع أخرى في علم النفس أو تنتمي حتى الى الطب النفسي . واذا كنا يجب أن نسلم بأن بعض الموضوعات يمكن أن يتناولها أكثر من تخصص علمي أو أكثر من فرع داخل التخصص الواحد — كما سنوضح فيما بعــد — الا أن هناك بعض الكتب والمراجع التي تضمنت عناوينها ما يشير الى أن علم النفس الطبي يمكن أن يكون مرادفا للطب النفسي . وعلى سبيل المثال فان كتاب ديسموند كوران وزملاؤه المعنون علم النفس الطبي كتب تحت هذا العنوان عبارة أخرى هي « مقدمة في الطب النفسي » . وقــد نوقشت فيه موضوعات مثــل أسباب الامراض العقلية وأعراضها وتصنيفها وأمراض الشخصية مثل الشيزفرينيا واستجابات الشخصية وادمان الكحول والمخدرات . كمــا حوى جزءا عن الجوانب القانونية للامراض العقلية (٦) . وتوجد بعض المراجع التي جمعت بين الجانب السيكولوجي والاكلينيكي والبيولوجي خاصة فيما يتعلق بتناول الحالات المرضية . والمثال الواضح على ذلك كتاب سانفورد كوهين وروبرت روس المعنون « مدخل الى علم النفس البيولوجي وعلم الأمراض » . ويهتم الكتاب بكيفية تفاعل الجوانب البيولوجية مع السيكولوجية من خلال دراسته لموضوعات عديدة مثل المخ والسلوك والوظائف العقلية ، والعلاقة التفاعلية بين الجسم والمخ ، والنتــائج السيكولوجية للتغيرات البيئية ، والهرمونات كمنظم لاستجابات العقل ، وعلاقة ضغوط الحياة بالامراض السيكولوجية (٧) .

غير أننا يمكن أن نجد كتبا ومراجع أخرى قد بدأت تخلص نفسها من الموضوعات التي ترتبط مباشرة بالطب النفسي وبدت هذه الكتب أكثر التزاما بالابعاد النفسية حتى عنــدما تطرقت الى منــاقشة الامراض العقليــة أو

---

(5) James C. Norton, Op. Cit, pp. IX, X.

(6) Desmond Curran and Others, Psychological Medicine : An Introduction to Psychiatry, Longman Group Limited. New York, Ninth Edition, 1980.

(7) Sanford I. Cohen and Robert N. Ross, Handbook of Clinical Psychology and Pathology, Vol. 1. Hemisphere Publishing Corporation, U.S.A. 1983.

العصبية . وتضمنت قـــدرا أكبر من الموضوعات التى تركز على الحـــالة النفسية للمريض فى البيئات العلاجية . والكتاب الذى يمكن أن يتخذ مثـــالا لهذا الاتجاه كتاب كنت ودالجلش « علم النفس والرعاية الصحية » . فقـــد نوقشت فيه موضوعات مثل البيئة وعلاقتها بالظواهر النفسية وتضمن ذلك شرح كيفية فهم البيئة وتفسيرها ، والاطار البيئى للخبرات . كما نوقشت موضوعات أخرى مثل تجهيز المريض لمواقف العـــلاج الطبى ، والشخصية وأمراضها النفسية ، ثم المداخل والنظريات المفسرة لهذه الظواهر مثـــل المدخل السلوكى . وقدمت فى هـــذا الكتاب موضوعات تربط بين للجـــانب الجسمى والنفسى والاجتماعى . اذ يتضمن الكتـــاب دراســـات عن الذاكرة والذكاء ، وعن المحيـــط الاجتماعى والعلاقات الاجتماعية المبكرة للانسان ، وتأثير التقسيم الى جنسين (ذكـــور واناث) على الظواهـــر الاجتمـــاعية والنفسية ثم ديناميات الاسرة والتكيف لتغيرات الحياة . كما ناقشوا موضوع علاقة الطبيب بالمريض وفكرة الالم والاذعان للارشاد الطبى (٨) .

ويعتبر كتاب نورتون — الذى سبق الاشارة اليه — وعنوانه « مقدمة فى علم النفس الطبى » الذى صدر سنة ١٩٨٢ محاولة جادة فى هذا المجال . ويحوى الكتاب جزءا رئيسيا (الجزء الاول فى الكتاب) يربط فيه المؤلف بين علم النفس والطب من خلال منظور تاريخى . وهـــو من خـــلال استعراضه لتاريخ ومنطق الطب يمهد للدارس فهما عميقا لطبيعة العلاقة التاريخية بحيث يستطيع ان يعمل بكفاءة أعلى فى هذا المجال المتميز . ويقدم نورتون الطب فى هذا الجزء كمؤســـسة اجتماعية ، ثم ينهى هذا الجزء بفصل عن النظـــرية السلوكية . أما الجزء الثانى فيهتم بالتدخل السيكولوجى فى المجـــال الطبى وهو يضم سبعة فصول حاول فيها المؤلف أن يبين دور علم النفس فى علاج وتشخيص العديد من الامراض ، فقد عالج أمراض القلب والكلى وموضوع الجراحات والالم والاستجابة للطبيب والامراض التى يعالجها الطب النفسى ثم الامراض المؤدية للوفاة . وقد عالج المؤلف فى الجزء الثالث قضايا تتعلق بالسلوك غير الصحى . فقد تناول على سبيل المثال الضغوط والادمان أو سوء استخدام العقاقير والمواد ، كمـــا تناول فيه موضوعات تتعلق بالطب الوقائى مثل رعاية المسنين وأساليب الحفاظ على الصحة .

وقد كتب نورتون مؤلفه هذا لعلماء النفس ولطلبة علم النفس ولـــكل ممارس يحاول تطبيق الاستراتيجيات السلوكية فى الصحة . وقد كتبه أيضا للاطباء اذ انه من الملاحظ أن عددا كبيرا من الاطباء الذين يجرون دراســـات

---

(8) Kent and Dalgleish, Psychology and Medical Care, Van Nostrand Reinhold, U.K., 1983.

أو يكتبون فى موضوعات يدرسون ويؤلفون فى موضوعات سلوكية . كذلك أشار الى أنه يمكن أن يكون مفيدا لاعضاء الفريق الصحى مثل الممرضة والادارى والاخصائى الاجتماعى .

ويشير المؤلف الى نقطة هامة تتعلق بمفهوم علم النفس الطبى ومدى انتشاره . فقد اشار الى ان كتابه يحمل عنوان « علم النفس الطبى » ولكن من الممكن أن يسمى ايضا « مقدمة فى الطب السلوكى » وأشار الى اختلاف المصطلحات المستخدمة للتعبير عن الموضوع الواحد فى أكثر من مكان ، فقد أشار الى أن مصطلح « الطب السلوكى » اكثر استخداما فى الولايات المتحدة الامريكية وهو يحمل نفس معنى « علم النفس الطبى » ولكنه أشار الى أن إستخدام هذه التسمية الاخيرة تحقق قدرا أكبر من الدقة ، اذ انها يمكن أن تشير الى الانشطة الاكلينيكية المكونة لهذا المجال والنظريات التفسيرية والحقائق التى تمثل نوعا من علم النفس وليس نوعا من الطب .

وسوف نقتبس هنا الكلمات التى ختم بها نورتون مقدمة كتابه لانها — وان كانت تشير الى محتوى الكتاب واهميته — الا أنها تشير الى هذا الميدان الجديد وما ينتظر منه . فهو يقول :

« أن ميدان علم النفس الطبى هو أحد الميادين الجديدة وتعتبر حدوده غير واضحة المعالم ... وتتصف موضوعاته بأنها مثيرة نظرا لاهمية المبادىء السلوكية فى العلاج وفى الوقاية ... ويمثل الطب أروع انتاج حضارتنا ؛ فهو ملىء بالطقوس المتميزة .. والتكنولوجيا المتطورة .. والغيرة المرة .. والشجاعة العظيمة .. والنظرة المنبهرة بما لا تعرفه ، والحكمة المستفيضة . ونحن لن نستطيع أن نفهم الطب الا اذا عشنا بداخله . فهو لا يمكن أن يفهم من الخارج ... انه يحتاج أن ننظر اليه بادراك أكثر وضوحا لكى نتعرف على طبيعته ... وهذا ما سيؤهلنا الى احترام جوانب القوة فيه والتعرف على جوانب الضعف التى تكمن بداخله ... أن هناك فرصا غنية جدا للتعاون بين الاطباء وعلم النفس لتحسين الصحة وتحسين الاداء الوظيفى للمرضى والحفاظ على الاصحاء بمنأى عن الامراض » (٩) .

علم النفس الطبى بين الفروع العلمية الاخرى :

لكى نستطيع أن نفهم مجال علم النفس الطبى بين فروع علم النفس الاخرى ينبغى لنا أن نتعرف على علاقته بالفروع الاخرى . وترجع هذه

---

(9) James C. Norton, Op. Cit., p. XI.

الاهمية الى أن علم النفس الطبى نشأ من خلال العمل فى فروع أخرى . ومازال يرتبط بالموضوعات الاساسية التى تناقش فيهـا ، بينما يتعـاون مع فروع أخرى ويفيـد منها . وتهدف مناقشة العلاقة هنـا الى هدفين أساسيين : الاول هو مزيد من الايضاح لحدود التخصص بين علم النفس الطبى والفروع الاخرى ، والثانى تقديم نمـاذج التعاون وجوانبه بين هـذا الفرع المتميز والفروع الاخرى .

ولعل اهم الفروع التى يمكن أن يكون لعلم النفس الطبى علاقة بهـا علم النفس الاكلينيكى ، وفى نفس الوقـت يمـكن أن يحـدث خلـط لدى الدارس بحيث يحسبهما تسمية مترادفة لفرع واحـد من فروع المعـرفة . ويعتبر علم النفس الاكلينيكى من أضخم فروع علم النفس اذ أن حوالى ٣٠٪ ممن يعملون فى مجال علم النفس يرتبط نشـاطهم بالعمل الاكلينيكى . وهم يهتمون باستخدام الاساليب السيكولوجية للتعرف على الامراض السلوكية وعلاجها . ومن الطبيعى أن تؤدى الامراض المتعلقة بالسلوك الى ظواهـر غير مرغوبة ، فهى تؤدى الى مشـكلات تؤثر على الفـرد والمجتمـع على السواء (١٠) . ويعتمد علمـاء النفس الاكلينيكى فى آداء عملهم على تطبيق الاختبارات السيكولوجية واجراء المقابلات الاكلينيكية المتعمقة مع الافراد . وتستخدم مثل هـذه الاجراءات على نطاق واسع للاغراض التشخيصية . وتساعد من جهة أخرى على اختيار الافراد فى مجـالات معينة (١١) ويمكن تعريف علم النفس الاكلينيكى بالمعنى الواسع بأنه ميـدان تطبيق المبـادىء السيكولوجية التى تهتم أساسا بالتوافق السيكولوجى للافـراد . ويتضمن ذلك دراسة مشكلات معينة مثل مشكلات التوافق والاحباط والقلق والتوتر لدى الافراد . كما يتضمن علاقاته بالاخرين ، ويتضمن أيضا مطالب المجتمع الاكبر الذى يعيش فيه وأهدافه وعاداته (١٢) . ويتضح لنا فى ضوء التعريف السابق لعلم النفس الطبى أن هناك اختلافا بينهما ، فعلم النفس الطبى ليس هو علم النفس الاكلينيكى وان كان هناك نوعا من التداخل بينهما . وسوف تتضح لنا هذه النقطة بجلاء عندما نتطرق الى الموضوعات التى يناقشها علم النفس الطبى فى الفترة التالية من هذا الفصل .

---

(10) Witting A.F. Theory and Problems of Introduction to Psychology, McGraw-Hill Books Company, U.S.A., 1977, p. 6.

(11) John Mann, Frontiers of Psychology, The Macmillan Company, New York, 1963, p. 32.

(١٢) جوليان روتر . علم النفس الاكلينيكى ، ترجمـة الدكتور عطية محمود هنا ، مكتبة أصول علم النفس الحديثـة ، دار الشروق ، بيروت ، الطبعة الثانية ، سنة ١٩٨٤ : ص ٢٣ .

ويمكن لعلم النفس الطبي أن يفيد ويرتبط أيضا بمجال آخر من مجالات علم النفس وهو علم النفس الفسيولوجي، وهو المجال الذى يتناول علاقة السلوك المتكامل بالميكانيزمات البدنية ، على أن علم النفس يهتم بصفة عامة بالفرد بوصفه وحدة بيولوجية متماسكة متكاملة تستجيب لبيئتها الخارجية بوسائل متنوعة . وهو اذا كان يهتم بهذا الكيان الكلى فهو يهتم أيضا بكيف تعمل الاجزاء الخاصة من الجسم أثناء السلوك . وتسهم دراسة أعضاء الحس والاعصاب والغدد والعضلات من الوجهة التشريحية والفسيولوجية فى فهم الانسان ككل اذ أن انهيار الوظيفة الكلية يكاد يرجع دائما الى انهيار وظيفة جزء ما . كما أن المظهر البسيط نسبيا لاى فعل صريح انما يقوم على أساس من التعقيد البالغ . ويحتـاج المتخصص فى علم النفس الفسيولوجى أن يفهم أبنيـة الجسم ووظائفهـا فهما تاما قبـل أن يشرع فى فهـم ميكـانزمات السلوك (١٣) . واذا كانت بعض مجالات علم النفس الطبى تمتد الى دراسة سلوك الانسان وردود أفعاله فى مجالات ومواقف متنوعة فان دراسات علم النفس الفسيولوجى يمكن أن تكون شديدة القيمة بالنسبة للمتخصص فى علم النفس الطبى .

أما الفرع الاخر الذى له علاقة وثيقة بعلم النفس الطبى فهو علم النفس الاجتماعى . وهو أحد الفروع النامية والمتخصصـة فى علم النفس ويهتم بسلوك الفرد كما يتشكل من خلال المواقف الاجتماعية المختلفة .. ولهذا فان موضوعه هو الدراسة العلمية للسلوك الصادر عن الفرد تحت تأثير المنبهات الاجتماعية المختلفة وما بينها من علاقات (١٤) . وينطلق علم النفس الاجتماعى من مقولة أساسية هى أن معظم سلوك الفرد يتم فى اطار اجتماعى . ويسهم أفـراد المجتمع فى تشكيل جـزء كبير من استجاباته اليومية . ويهتم علمـاء النفس الاجتماعى بتفاصيل تتعلق بأثر الوسط الاجتماعى على الجانب السيكولوجى والسلوكى للفرد فيدرسون مثلا أثر الخلفية الاسرية والبيئية على السـلوك والاتجاهات نحو المرض وعلى من ينتمون الى جماعات أخرى . كما يدرسون عملية التطابق مع معـايير الجماعة . وقـد بدأ علم النفس التجـريبى فى الثلاثينيات بأعمال مثل أعمال شريف سنة ١٩٣٥ الذى درس تأثير الضغوط الاجتمـاعية على الادراك . ومنـذ فترة بدأ الاهتمـام بدراسة المعتقـدات والاتجـاهات والاراء بين العلمـاء . وقـد طوروا لـذلك أساليب متنوعة

---

(١٣) جليفورد ج. ب. ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الاول : الميادين النظرية ، اشراف الدكتور يوسف مـراد ، دار المعـارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٨٤ ، ص ص ٢٧١ ، ٢٧٢ .

(١٤) د. مصطفى سويف ، مقـدمة لعلم النفس الاجتمـاعى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة سنة ١٩٨٣ ، ص ١ .

لتسجيل انماط تفاعل الجماعة والروابط التي تربط بين أعضائها ، وأشكال الاتصال بينهم . كما طوروا تكنيكات لتسجيل التفاعل بين الافراد (١٥) .

ولعلم النفس الطبي علاقة ايضا بعلم النفس المهني الـذى يركز على الابعاد السيكولوجية المرتبطـة بمن يعملون فى المهن المتنوعة ؛ ويركز على مسالة القدرات والكفاءات اللازمة لنجاح الفرد أو لاستمراره فى أداء نوعية معينة من الاعمال . ويدرك من يعملون فى هذا التخصص انه لا يجب عليهم فقط أن يتعرفوا على قدرات الافراد بقدر ما يجب عليهم ايضا التعرف على طبيعة الاعمال ومزايا التشغيل فى مجال معين من هذه الاعمال (١٦) . ويرتبط علم النفس المهنى بعلم النفس الطبى ارتباطا شديدا . ذلك أن البحوث التى تحاول الربط بين الظروف المهنية وجوانب سيكولوجية لا تهـدف فقط الى التعرف على العلاقة بين هذين المتغيرين بل هى تتضمن فى الغالب اشارات الى الجانب الصحى البدنى والصحى النفسى على السواء . فهناك البحث الذى قدمه بنج عن آثار العمل والنشاط الزائد عن الحد المناسب لطاقة الانسان والذى درس فيـه ٢٥ نوعا مختلفـا من الوظائف الذهنيـة والحركية والحسية ، واستخدم فى ذلك مقاييس لقياس النبض ، وضـغط الدم ، والاهتـزاز ، واتسـاع الرئة ، وسرعة الحركات البسيطة ودقتهـا وزمن الرجع ، وادراك المسافات الزمنية ، والقدرة على الانتبـاه ، والذاكرة القريبة ، وآداء واجبات ذهنية مختلفة ؛ والقدرة على تصحيح أخطاء .

لقد اشار هـذا البحث التجريبى الى ما يربط بين المهنـة والحـالة الجسمية والجوانب السيكولوجية . فقـد أوضح البحث أن كمية النشـاط الواجب على الفرد ممارستها سواء ذهنيا أو عضليا أو حسيا ينبغى أن تكون معتدلة فى حجمها ومناسبة له حتى يصل الفرد الى اقصى كفاية له . ففى حالة عدم النشاط المناسب تكون الوظائف النفسية كالاحساس والادراك والتذكر والانتباه فى اقصى اتزان لها وتآزر بينهـا (١٧) . ويلاحظ أنه قـد أجريت دراسـات عديدة فى الجامعات فى مجـال علم النفس المهنى يمـكن أن تكون ذات فائدة للمتخصص فى علم النفس الطبى . فهناك دراسات تحاول التعرف على العلاقة بين الاصابة فى العمل أو الاستهداف للاصـابة وبعض سـمات

---

(15) Robert Burns, Essential Psychology, MTP Press Limited. England, 1980, p. 10.

(١٦) المرجع السابق ، ص ١٣ .

(١٧) فرج عبد القادر طه ، علم النفس وقضايا العصر ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة الثالثة سنة ١٩٨٢ ، ص ٢٣٢ .

الشخصية ، واخرى عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية والتوافق المهنى فى مجالات مهنية متنوعة . وقد ركزت دراسات أخرى على العلاقة بين الحوادث واصابات العمل والتكوين النفسى .

وبالاضافة الى الفروع السابقة توجد بعض فروع علم النفس الحديثة أو الناشئة التى يجب على السيكولوجى المتخصص فى علم النفس الطبى ان ينتفع من نتائجها . واذا كانت لا توجد الان كتابات توضح بطريقة مباشرة هذه العلاقة الا ان القارىء لموضوعات علم النفس الطبى وللموضوعات التى تعالجها هذه الفروع يمكن أن يدرك بسهولة مدى الفائدة التى يمكن ان نجنيها من التعرف على نتائج البحوث فى هذه المجالات . ومن هذه الفروع ما يسمى **علم نفس المجتمع المحلى** Community Psychology وهو أحد الفروع الحديثة فى علم النفس ويركز على دراسة تاثير البناء الاجتماعى للمجتمعات المحلية على سلوك الافراد . ومن خلال ذلك يعمل السيكولوجى العامل فى هذا التخصص على تحقيق مستوى افضل من الحياة لافراد المجتمع المحلى عن طريق التدخل السيكولوجى (١٨) .

والفرع الاخر هو ما يسمى **علم النفس الارشادى** Coucelling Psychology وهو يستخدم الطرق والاساليب السيكولوجية لمساعدة الافراد على النجاح فى مواجهة مواقف الحياة ، والنجاح فى التعامل مع المشكلات الشخصية اليومية . ويلاحظ انه لا يمكن تصنيف من يسعون الى طلب هذه المساعدة على أنهم شواذ أو مرضى من وجهة النظر النفسية بل هم افرادا اسوياء يسعون الى حل مشكلاتهم اليومية مثل المشكلات المهنية والمشكلات المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية . والسكولوجى الذى يعمل فى هذا المجال الارشادى يمكن أن يستخدم الاساليب العلاجية السيكولوجية ، ولكن حالات المرض النفسى عادة ما تحول الى السيكولوجى الاكلينيكى او الى الطبيب النفسى (١٩) .

وقبل أن نترك مجال علاقة علم النفس بالفروع العلمية الاخرى يجب ان نتطرق الى المجال أوسع نطاقا هو مجال **الطب النفسى** الذى يعتبر فرعا من فروع الطب . فكلمة الطب النفسى Psychiatry مشتقة اساسا من أصل يونانى وتعنى العقل والعلاج الطبى ، وهو يهتم بعلاج الامراض العقلية . ويحدث الخلط فى ذهن البعض بين علم النفس الطبى وبين الطب النفسى على الرغم من ان هذا الاخير يعتبر فرعا من فروع علم الطب كما

---

(18) Witting A.F., Op. Cit., p. 7.

(١٩) المرجع السابق ، ص ٦ .

ذكـرنا . ويرجع ذلك الى أن تاريخ العلمـان الابوان (علم الطب ، وعلم النفس) يؤكد أنه كان هناك تعاونا وثيقـا بين علم النفس الاكلينيكى وبين الطب النفسى فى مجال الامراض النفسية . فقـد كان المتخصص فى الطب النفسى والمتخصص فى مجال العلاج السيكولوجى يصنفان فى سلة واحـدة الى أن بدأ التحول من الاقتصار على التركيـز على العوامل البيولوجيـة فى الامراض العقلية الى الاهتمام بالعوامل السيكولوجية ، وقد اتى هذا التحول من داخل علم الطب . فقد كان فرويد على سبيل المثـال متخصصا إساسا فى طب الاعصاب وهو الذى أعطى طابع الشرعية للنظريات النفسية وأنواع العلاج التى ترتبط بها .

وعندما نما هـذا الوعى وازدادت دراسات علم النفس المتخصصة فى فى هذا المجال بدأت تتضح العـلاقة التعاونية بين علم النفس الطبى وبين الطب النفسى ، فقـد درس علماء النفس الوظائف العقليـة مثل الادراك والذاكرة ، ودرسوا طبيعـة الذكاء وطبيعة الشخصية ، ودرسوا ايضـا سلوك الفرد وسلوك الجماعات ، وقد قام علماء النفس بهذه الدراسـات من خلال تخصصهم فى فروع عديدة من علم النفس مثل علم النفس التعليمى والمهنى والصناعى (٢٠) . وقد أدى هذا النمو الى مزيد من الايضاح لطبيعة العلاقة التعاونية . وعلى سبيل المثال فقد توصل العلماء الى أنه على الرغم من أن مرض الشيزوفرينيا تحدثه عوامل بيولوجية فان القرابة الدموية تؤدى الى زيادة احتمال الاصابة بالمرض . كذلك فان مجـال المقابلة التشخيصية التى يجريها الطبيب النفسى بهدف تشخيص المريض هى أيضا أحد المجالات لحدوث هذا التعاون (٢١) .

ويجب أن نشير أيضا الى أن هناك ما يسمى علم نفس الشواذ ، وهو التخصص الذى يبحث فى نشأة الامراض النفسية والعقلية وضعف العقـل والاجرام والاسباب المختلفة لذلك مع محاولة وضع أسس للعلاج (٢٢) . وهو أحد فروع علم النفس اكثر منه مرادفا للطب النفسى ولكنه يتعاون أيضا مع الطب النفسى ويمكن أن تفيد من نتـائجه بعض دراسـات علم النفس الطبى .

---

(20) Desmond Curran and Others, Op. Cit., p. 3.

(21) James Norton, Op. Cit.

(٢٢) د. احمـد عزت راجح ، أصول علم النفس ، دار المعـارف ، القاهرة ، سنة ١٩٨٥ ، ص ٣٧ .

موضوعات الدراسة ومجالات الاهتمام :

يؤدى تعرفنا على موضوعات الدراسة ومجالات الاهتمام التى تناولها من تخصصوا فى هذا الفرع الى تحديد اطار وهوية التخصص . كما يساعد ذلك الدارس على اختيار الموضوع الذى يهتم به من بين هذه الموضوعات . فضلا عن أنه يتيح فرص الاسهام بمزيد من الدراسات التى تثرى التراث . ونود أن نشير الى أن ما سنذكره ونناقشه هنا هو مجرد نماذج مختارة من الموضوعات التى يتناولها علم النفس الطبى كفرع متخصص .

العلاقة بين الخصائص الجسمية والبعد النفسى :

نال بحث العلاقة بين الخصائص الجسمية والبعد النفسى اهتماما كبيرا ممن عملوا فى هذا المجال . وقد انقسمت الدراسات فى هذا المجال الى قسمين :

١ — دراسات تبحث فى العلاقة بين هذين البعدين بالنسبة للاسوياء وفى الحالات المرضية . فقد تمت دراسة العلاقة بين الظواهر العضوية مثل المخ وبين بعض الجوانب النفسية والسلوكية مثل النوم والعواطف . وتمت فى ضوء ذلك دراسة النوم الطبيعى والنوم الذى تتخلله المخاوف . وقد درسوا المراكز المختصة بالعواطف والتعبير عنها فى المخ ، والتدخل الجراحى للتحكم فى العاطفة . واذا كان موضوع الشخصية قد حظى باهتمام كبير فى مجال علم النفس فان جزءا من هذه الدراسات قد ركز على البعد العضوى وعلاقته بالسمات النفسية والسلوكية .

٢ — دراسات تبحث من العلاقة بين هذين البعدين فى الحالات المرضية . فهناك تركيز على دراسة القصور فى السلوك الناتج عن نقص أو عيوب جسمية . فالنقص فى حاستى السمع والبصر على وجه الخصوص تعد من بين أكثر المعوقات التى تؤثر على نمو الفرد . ولما كانت الثقافة ترتكز فى نقلها بصفة رئيسية على عامل اللغة — وهذه تكتسب أساسا عن طريق العين والاذن — فان العمى أو الصمم سيؤدى الى انعدام كثير من الاستثارات البيئية ويؤدى هذا الى نوع من العزلة الاجتماعية (٢٣) . وهناك

(٢٣) جليفورد ج . ب . ، ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الثانى : الميادين التطبيقية ، اشراف الدكتور يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٨٣ ، ص ٥٥٨ .

وهناك دراسات عديدة ركزت على الابعـــاد النفسية للامراض العضوية . فقد أجريت دراسات للتعرف على دور المتغيرات السيكولوجية قبل وأثنـــاء وبعـــد الاصابة بالازمات القلبية الحادة . كمـــا درست إثر الحـــالة النفسية الناتجة عن الصور والاحداث التى تعرض فى أفلام الرعب على عدم انتظام ضربات القلب . وحظيت موضوعات العلاج السلوكى لمرضى القلب مثـــل التدريب على الاسترخاء وغيره بعناية من عملوا فى هـــذا المجال أيضا . أما الامراض المزمنة والمؤدية الى الوفاة فقد اظهرت البحوث التى كرست لهـــا أن التدخل السيكولوجى فى المراحل الاخيرة من العمر يعتبر ضروريا وخاصة قبيل وأثنـــاء الوفاة . ويحوى تراث علم النفس الطبى دراسات عديدة عن هـــذه المرحلة وعن الموت بصـــفة عامة . وتهتم الدراسة فى هـــذا المجـــال بطبيعة ادراك الموت وطبيعـــة النظرة اليه بين الجمـــاعات البشرية . ودور الطبيب فى المراحل التى لم يكن يتوفر فيها علاج لبعض الامراض ثم دوره فى المراحل التى أصبح ممكنا فيها مقاومة الامراض المهددة لحياة الانسان . كما تهتم بتطور الرعاية الانسانية للمشرفين على الوفاة . وتمتد البحوث فى هذا المجال الى دراسة وقع فكرة الموت على الاشخاص ، ودراسة إتجـــاه من يعالجون المرضى الذين يقتربون من مرحلة الموت نحو هؤلاء المرضى . وقـــد قدم المتخصصون نظريات عديدة فى هذا المجال .

الاوضاع الاجتماعية والامراض النفسية :

تناولت بعض دراسات علم النفس الطبى موضوعات تتعلق بالظروف الاجتماعية وأثرها على ظهور الاعراض السيكولوجية المرضية . فقد درس العلماء على سبيل المثال موضوع الاحباط وأشاروا الى أثر فقدان الفرد لمن تربطه بهم علاقة ، بجانب أثر العزلة وإحساس الانســـان بأنه لا يوجـــد من يساعده على ظهور الاحباط ، واشاروا الى المخاطر التى يمكن أن تنتج عن الاحباط والتى من بينها الانتحار .

ودرس المتخصصون أيضا موضوع الضغوط والتوترات . وأشاروا فى ذلك الى معنى المفهوم . اذ يعنى مفهوم الضغوط استجابة الجسم لتهـــديد الاحداث البيئية بطريقة شبه نمطية والاثار السلبية التى تنتج عن ذلك على صحة الانسان . ويقدم لنا علم النفس الطبى فى بداية هذا الموضوع النظريات المفسرة للضغوط . وتدور البحوث فى هذا الصدد حول ظواهر اجتمـــاعية وثقافية وأثرها على احداث الضغوط ، فيدرسون ظروف التحضر وعلاقتها بالضغوط ، والانتقال من ثقافة الى أخرى وأثر ذلك على حدوث استجابات تتعلق بسوء التكيف للاوضـــاع الجديدة أو للعمل فى بعض المهن . ويرتبط

بهذا الموضوع استحداث ظروف معيشية جديدة واثر ذلك على الاستجابات السلبية وبالتالى حدوث توترات . وقد تم النظر ايضا الى الظروف والاوضاع الاسرية على انها احيانا تكون أحد الاسباب المؤدية الى مثل هذه التوترات . وعلى سبيل المثال ، فنظرا لان مرض الربو Asthma الذى يحدث للاطفال يفترض أن التوترات الاسرية يمكن أن تكون سببا فى ظهوره . وتتطرق مثل هذه الدراسات ايضا الى موضوعات اخرى مثل الاكتظاظ السكانى الناتج عن التحضر والضوضاء وأثر كل ذلك على ظهور التوترات والامراض . واذا كان البحث فى هذا المجال مازال يحتاج الى مزيد من الجهود التى تعتبر شرطا لامكانية تقدم البشرية نحو مزيد من الوقاية من هذه الضغوط والتوترات فان تزايد الوعى بحدوث الضغوط واثرها على ظهور الامراض سوف يؤدى بالناس الى استحداث أساليب تقودهم الى حياة افضل .

البعد السيكولوجى فى مواقف العلاج والاجراءات الطبية :

المجال الثالث المتسع الذى عمل فيه من اهتموا بعلم النفس الطبى هو البعد السيكولوجى فى مواقف العلاج والاجراءات الطبية . ويعنى هذا الاهتمام بالظواهر النفسية المتعلقة بالمرضى فى مواقف العلاج وفى الجراحات وفى علاقاتهم بالاطباء . كما يتضمن أيضا الاهتمام بالابعاد النفسية للعمل فى المهن الطبية . ولكى نوضح طبيعة هذه الاهتمامات اخترنا بعض النماذج من الموضوعات التى تدخل ضمن هذا النطاق والتى أجريت فيها دراسات بالفعل :

١ — الاذعان والاستجابة للعلاج :

يعتبر موضوع الاذعان من الموضوعات التى نالت اهتماما كبيرا من الدارسين . ويرجع ذلك الى أن هناك أمراضا كثيرة يمكن التحكم فى إستمرارها ، بل يمكن القضاء عليها اذا كان هناك ضمانا لاستجابة المريض للعلاج والارشادات الطبية . وقد قدم لنا علم النفس الطبى النظريات التقليدية والنظريات السلوكية التى تفسر انماط الاذعان واستجابات المرضى للعلاج . ويلاحظ أنه يتم دراسة الاستجابة من خلال الانتظام على تناول الدواء ، ومن خلال اتباع التعليمات الطبية بخصوص التغذية والقيود التى تفرض على أنواع معينة من الطعام . وتمتد الدراسة الى الاهتمام بمدى

الانتظام على أنواع معينة من العلاج ، فتتم المقارنة بين الانتظام على الحبوب وأدوية الشراب والحقن ... الخ .

كذلك اهتم العلماء بدراسة نمط شخصية المريض وعلاقة ذلك بنمط استجابته ، ودرسوا الرجيم (اتباع نظام غذائي لاغراض طبية) ووجدوا بصفة عامة أنه كلما كانت تعليمات الرجيم معقدة كلما كانت الاستجابة للتعليمات سيئة . واهتموا بأثر علاقة الطبيب بالمريض على عملية الاذعان وتوصلوا الى نتيجة واحدة جميعا وهى انه كلما كانت علاقة الطبيب بالمريض حسنة وودية كلما زادت استجابة المريض لتعليماته والعكس صحيح .

ولم يتوقف المتخصصون عند دراسة طبيعة الاستجابة انما اهتموا بدراسة طرق تحسين الاستجابة من خلال التعرف على العوامل المتعددة التى تؤدى الى نقص الاستجابة . وقد ركزت المحاولات التى كانت تهدف الى تحسين الاستجابة على ضرورة تحقيق الفهم المتبادل والاشباع والرضى . وهى يجب تحقيقها كلها معا اذ أن كل هذه المتغيرات مرتبطة ببعضها .

وقد انتهى من اهتموا بهذا المجال الى نتائج مفيدة جدا . وعلى سبيل المثال فقد توصلوا الى ان هناك عوامل معقدة تتدخل فى عملية الاستجابة ، كما أن عدم الاستجابة تؤدى إلى نتائج خطيرة ، وأن ٥٠ ٪ من الناس لا يأخذون علاجهم بانتظام ، وأن هناك علاقة بين المعتقدات والافكار السائدة عن الرعاية الصحية وبين الاذعان (٢٤) .

٢ ـ التدخل السيكولوجى فى الجراحات :

يدرس علم النفس الطبى متغيرات الشخصية وأثرها على النتيجة النهائية للجراحات ، والعوامل السيكولوجية فى مرحلة النقاهة بعد اجراء الجراحة ، والاعداد السيكولوجى للجراحات . ويأخذ التدخل السيكولوجى أكثر من صورة فهناك تقديم المعلومات والحقائق والتدريب خلال فترة ما بعد العملية ، والدعم العاطفى لمريض الجراحة . وقد أظهرت الدراسات أن فترة الاقامة فى المستشفى قد أخذت فى التناقص بعد التدخل السيكولوجى وهذا يوفر الكثير من الاعباء المالية عن المرضى خاصة مع تزايد أسعار الاقامة فى المستشفيات .

---

(24) James C. Norton, Op. Cit., p. 130.

٣ — الجوانب السيكولوجية لتعاطى الادوية والعقاقير :

اهتم بعض الكتاب بموضوع الاثار النفسية المصاحبة والناتجة عن تعاطى الادوية والعقاقير ، فحددوا تأثير الادوية النفسية الطبية ، كما حددوا طبيعة التفاعل بين العقاقير والسلوك ، وأجروا دراسات على تأثير البلاسيبو Placebo من حيث المتغيرات المؤثرة على مفعوله وكيفية التحكم فى آثاره . كما درسوا عملية الاعتماد على العقاقير وسبل التخلص من هذا الاعتماد وطرق التحكم فى النفس .

وقد كان الادمان على العقاقير والمخدرات من أهم الموضوعات التى تطرق اليها علماء النفس داخل هذا المجال فعرفوا الادمان وقدموا تفسيرات مختلفة له ، فهناك التفسير الاخلاقى ، والتفسير الطبى ، والتفسير النفسى ، والتفسير الاجتماعى . ومن الطبيعى أن يركز علماء النفس على التفسير النفسى وأن يهتموا بالجوانب السلوكية سواء فيما يتعلق بالسلوك الادمانى ، أى سلوك المدمن فى فترة الادمان أو سلوكه اثناء العلاج . وقد اهتموا أيضا بتقويم نتائج الجهود التى تبذل لتعديل سلوك المدمن وكيفية تحقيق الوقاية . كذلك درسوا موضوع التدخين كسلوك يتعلق بالفرد فتناولوا سلوك المدخن بالدراسة ثم بحثوا عن أساليب الوقاية والعلاج .

وقد امتد اهتمام العلماء الى دراسة الاستخدامات المتعددة والخاطئة للادوية والعقاقير الطبية الامر الذى قد يؤدى الى ادمانها . واشاروا الى أن الطبيب أحيانا يصف عـلاجا — وخاصة فى حالة الامراض النفسية والعصبية — ويقرر الانتظام عليه فترة أطول مما يجب ونبهوا الى خطورة ذلك .

٤ — الرعاية النفسية الصحية للفئات العمرية :

تتطلب كل فئة عمرية رعاية صحية ونفسية خاصة . فمرحلة الطفولة تحتاج الى عناية خاصة تختلف عن مرحلة المراهقة والنضج والشيخوخة . ويلاحظ أن هذا الاهتمام بدا فى مظهرين : المظهر الاول هو دراسة الجوانب النفسية للمرحلة والمظهر الثانى — وهو تطبيقى — هو التدخل السيكولوجى فى الرعاية الفعلية التى تقدم لكل مرحلة . واذا أخذنا احدى الفئات العمرية كنموذج يوضح الاهتمام السيكولوجى فنجد أن علم النفس الطبى اهتم بالرعاية الصحية النفسية للمسنين . فتمت دراسة العوامل البيئية والشخصية

التى تؤثر فى استمرار الحالة الصحية بصورة جيدة ، كما درسوا كيفية وقاية كبار السن من الامراض ، واستجابتهم للعلاج فى هذا السن ، ووقع الاصابة بالامراض على الحالة النفسية بالمقارنة بصغار السن ، ثم أثر الظروف الاقتصادية القاسية التى لا تمكنهم من العلاج المناسب او التغذية او المعيشة المرضية على حالتهم النفسية . وقد اهتموا بآثار السن على قدرات الشخص فحاولوا التعرف على علاقة تقدم السن بالذكاء ، ويلاحظ أن هذا الموضوع قد أصبح احد الموضوعات الهامة فى بحوث المسنين الان . وهناك حاجة الان الى دراسات توضح كيفية الحفاظ على الوظائف العقلية وتنميتها ضمن الاهتمام العام بصحة المسنين .

٥ — الالم :

لا ينظر علم النفس الطبى الى الالم على انه حدثا بسيطا يمثل مثيرا واستجابة ، بل على أنه ظاهرة معقدة تتضمن الخبرات المبكرة للالم والميكانزمات الفسيولوجية والاجراءات المتنوعة لتخفيف الالم . وتقدم لنا دراسات علم النفس الطبى مفهوم الالم والنظريات المفسرة له والتوزيع الديموجرافى للالم ، والفروق بين الفئات الاجتماعية المختلفة فى احتمال الالم ، مثل الفروق بين الرجال والنساء أو بين قطاعات أخرى من المجتمع . ويقدم لنا أيضا العوامل السيكولوجية المرتبطة مثل الجانب الادراكى ، وسمات الشخصية وعلاقتها بادراك الالم والاستجابة له . ويركز أيضا على العوامل الموقفية للالم فيتعرض للعوامل الموقفية التى يتوقع أن تقلل من الاحساس بالالم بطريقة يمكن التنبؤ بها . ويتطرق هذا الموضوع حتى الى الاساليب غير الرسمية التى اتبعت لتقليل الالم مثل تعديل الالم عن طريق تركيز الانتباه فى شىء ما . وينظر علماء النفس الطبى للالم كسلوك متعلم ويقدمون لنا كيفية التعامل مع المرضى ذوى الآلام المزمنة والحادة .

وعلى الرغم من أن هناك اسهامات جادة فى مجال دراسة الالم فان تعقد الموضوع واتساع ميدانه مازال متسعا وفى حاجة الى اضافات تجريبية تحقق له مزيدا من النمو .

٦ — الابعاد النفسية فى أساليب الرعاية الصحية :

يتطرق علم النفس الطبى الى دراسة أساليب الرعاية الصحية التى تهدف الى الوقاية أو العلاج . ويتضمن ذلك دراسة المؤسسات والهيئات القائمة بالرعاية الصحية . وفى اطار ذلك يهتم عالم النفس الطبى بالعمل

على تحسين الظروف المعيشية الامــر الــذى يمكن أن يقلل من احتمــالات الاصابة بالمرض . ويتطرق فى اطار ذلك ايضـا الى موضوعات عديدة مثـل دراسة الابعــاد النفسية لعمليات التثقيف الصــحى للوقاية من الامراض والحفاظ على مستوى صحى لائق . وهناك موضوعات عديدة تتم دراستها أيضا من هذا النطاق مثل موضوع التغــذية والبدانة والعــلاج السلوكى للبدانة ... الخ .

دور الاخصائى النفسى الطبى :

يمكننا أن نستنتج من المناقشات السابقة أن مجالات علم النفس الطبى ــ ذلك العلم الوليد والبراق ــ هى مجالات متسعة ومتشعبة ، وأنه اذا كان يمكن النظر اليه كفرع علمى حديث الا أن بدايات دراساته قد تناثرت منــذ زمن بعيد فى اطار دراسات أخرى تنتمى الى علم النفس أو الطب . ويؤدى اتساع وتشعب مجالات التخصص الى تعدد الادوار التى يمكن أن يقوم بها المتخصص فى علم النفس الطبى .

ولعل أول دور يمكن أن يقوم به المتخصص فى علم النفس الطبى هــو ما يتعلق بخــدمة التخصص ذاته . بمعنى **الاسهام فى تنمية العــلم** وايضاح الحدود التى تبين معــالمه وتحــدد علاقتــه بالعلوم الاخرى ، والاسهام فى تكثيف الدراسات الجــادة فى التخصص . ويتحقق ذلك عن طــريق تكثيف الدراسات المتنوعة فى المجــال . ويجب على من يهتمون بهــذا التخصص **الاهتمام بفكرة التنظير** من واقع دراســات امبيريقية . فبقــدر ما نصل الى تعميمات ونظريات فى التخصص بقدر ما سيصبح هذا العلم راسخا وسيجد من سيعملون فيه فى المستقبل دعما فى اجراء دراساتهم الميدانية اذ سيجدون انفسهم يقفون على أرض نظرية صلبة قبل انطــلاقهم الى بحث الظواهر . ويجب أن يدرك من يقومون بهــذا العمل الجــاد طبيعة النظــرية كصياغة أستدلالية أو عدة صياغات لتفسير عــدد من الظواهر ، وأن النظرية تبقى قائمــة الا اذا اكتشفت حقائق يمكن ان تضحضها . وفى ذلك الصــدد يجب الدراية أيضـا بأركان النظرية الاساسية مثل تماسكها منطقيا ؛ ومدى مطابقتها للواقع او مطابقتها للنتائج التجريبية ، ومدى توليدها لفروض تخضــع للاختبار والملاحظة ، ومدى فائدتها التطبيقية من ناحية امكانياتها لفتح مجالات للبحث والتوصل الى نتائج علمية . وينتظر ان تؤدى جهــود العلمــاء على المدى الزمنى الى أن يرقى مستوى نظريات هذا التخصص (٢٥) .

---

(٢٥) دكتور سعد جلال ، المرجع فى علم النفس ، مكتبة دار المعــارف الحديثة ودار الفكر العربى ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ ، ص ٤٣ .

ويعتبر مجال العلاج الطبى والمؤسسات الطبية أحـد المجالات الهامة التى يقوم فيها المتخصص فى علم النفس الطبى بدور . ولا يعتبر هذا الدور جديدا اذ أن الخدمات النفسية قد بدات فى العيادات والمؤسسـات منذ زمن بعيد ، فقد بدأت من جامعة بنسلفانيا سنة ١٨٩٦ ثم استمد هذا العمل قوة دافعة أخرى فيما بدا فى اهتمـام الطب النفسى الـذى بدأ بعد ذلك بتليـل بمشـكلات الطفولة . ولا يقتصر الامر على ذلك اذ أن الاخصـائى النفسى يمكن أن يقوم بدور فى مستشفيات الدرن ، ومؤسسات تأهيل ذوى العاهات ، ومدارس الحضانة ، ومراكز الارشاد الاسرى والزواجى ، ومدارس الصم والمكفوفين ، ومراكز ارشاد المسنين ، وفى مجالات العلاج بصفة عامة (٢٦) . ويمكن أن تتجه بهمة المتخصص النفسى فى هذه المجالات الطبية الى الاسهام السيكولوجى فى العملية العلاجية ، ذلك أن مرضى الانواع المختلفة من الامراض يحتاجون الى ارشاد نفسى . وفى هـذه الحالة سوف يعمل الشخص مثلما عمل نظيره المتخصص فى علم النفس الاكلينيكى جنبـا الى جنب مع الطبيب النفسى والاخصائى الاجتماعى والممرضة فى مجالات طبية عديدة خاصة مـا يقدم منها ارشاداً طبيا . وتهدف هذه المهمة الى خدمة المرضى بصفة خاصة . واذا كان الطب يهتم بالصـحة والمرض فان علم النفس يهتم بنمـو وتطور وظيفية الفرد التى تتعلق أيضا بالصحة والمرض ، والاهتمام بالتشعب الى مجالات وظيفية متعددة الامر الذى يجعل اهتماماته تتسع الى مجالات أكثر تنوعا من المجالات التى يهتم بها علم الطب (٢٧) .

ويلاحظ ان بعض المعلومات الطبية تكون ضرورية بالنسبة لمن يعمل فى مجـال علم النفس الطبى خاصة من يعملون مع المرضى مثـل مرضى القلب وغيرهم . وقد وفرت بعض المراجع فى هذا المجال هذه المعلومات قبل تطرقها الى الجانب السلوكى . فقد قدم مثلا جيمس نورتون J. Norton فى كتـابه علم النفس الطبى بعض الحقـائق العامة عن وظيفة القلب ، وقـدم هـذه التفصيلات عندما وجد انها ضرورية . وقد ذكر أنه على الرغم من أن التركيز هنا على الجانب السلوكى الا أن المتغيرات الاخـرى التى تؤثر فى وظيفـة القلب والعوامل المرتبطـة بها استخدمت فقط للتأكيـد . ولم يتطـرق الى تعقيدات تتعلق بالعوامل المؤثرة أو بالوظيفة المعقدة لكنه احال القارىء الذى

---

(٢٦) جليفورد ج. ب. ميادين علم النفس ، المجلد الثانى : الميـادين التطبيقية ، مرجع سابق ، ص ص ٦٧٢ : ٦٧٨ .

(27) Ernest Hilgard and Richard Atkinson, Introduction to Psychology, Harcourt, Brace and World Inc. Fourt Edition 1967, p. 607

يريد أن يعرف مزيدا من التفصيلات الى كتـــاب مدخـــل يحتوى على مزيد من التفصيلات . (٢٨)

ويمكن أن يقوم علم النفس الطبى بدور أيضا فى مجال التعليم الطبى . ونظرا لاننا سوف نفرد فصلا منفصلا عن تدريس العلوم الاجتماعية فى كليات الطب فسوف نكتفى هنا بالاشارة الى مجـــرد الاسهام فى عمليات اختيـــار الطلبة ، ذلك ان الاسهام فى مجال التعليم الطبى يبدأ مع بداية اختبار طلبة كليات الطب فهو يمكن أن يقيس القدرات اللازم توافرها عند الطالب المتقدم للكلية لكى يمكن التنبؤ بدرجة كبيرة بنجاحه فى هذا المجال . وقد سبق أن أجرى مثل هذا القياس . فقد تم قياس القدرات اللازمة لدارس الطب الذى اشرفت عليه منذ سنة ١٩٣٠ رابطة كليات الطب الامريكية عن طريق اختبار القدرات الطبية (مس Moss) وهـــو يقيس القدرة على الفهم والذاكـــرة والاستدلال المنطقى والمحصول اللغوى العلمى والنهم . وقد تم وضع مشاكل هذا الاختبار فى صورة تشخيص طبى . وقد كان أول استخدام لهذا الاختبار مبشرا بالخير . وقد ذكرت رابطة الطب الامريكية أنه قد تنبأ بما يعادل ٦٩٪ من الحالات الفاشلة ، وتنبأ خطأ بعدد قليل من حالات الطلبة الذين تفوقوا فيما بعد (٢٩) .

---

(28) James C. Norton, Op. Cit., p. 57.

(٢٩) جليفورد ج. ب. ، ميادين علم النفس ، المجلد الثانى : الميادين التطبيقية ، مرجع سابق ، ص ٩٢٣ .

الفصـــل الرابع

الخـــدمة الاجتمـــاعية الطبيـــة

الخدمة الاجتماعية الطبية هى أحد مجالات الخدمة الاجتماعية . وقد انتشرت الخدمة الاجتماعية بصفة عامة انتشارا واسعا وتعددت مجالاتهـــا حتى أصبح من الصعب الان وضع تعريف لهـــا . ومع ذلك فيمكن تعريفهـــا بطريقة مبسطة بانها طريقـــة لمساعدة الناس بتقديم الخدمات الاجتمـــاعية المناسبة لحل أو تخفيف عدد كبير من المشاكل الشخصية والاجتماعية التى يصعب حلها دون هذه المساعدة . ويقوم الاخصائيون الاجتماعيون بدراسة المشكلات وتشخيصها لكى يتمكنوا من تقديم المســـاعدة المناسبة بواسطة أساليب متنوعة . ويمكن ان يعمل الاخصـــائى الاجتماعى مع الفـــرد أو مع الجماعة كما يمكن أن يعمل فى حى أو مجتمـــع محلى بأكمله . ويتسع مجـــال عمل الخدمة الاجتماعية ليتضمن مســـاعدة الناس فى حالات تغير أوضاعهم الاجتماعية بهدف تحسين ظروف معيشتهم عن طريق مساعدتهم على تفهم الاوضاع الجديدة والعمل على حل مشكلاتها . وفى ضوء ذلك يبذل الاخصائيون الاجتماعيون جهودا للوساطة لصالح الناس ويسعون فى بعض الاحيان الى الحث على تغيير القوانين والتشريعات . وتهتم الخـــدمة الاجتماعية أيضـــا بتجنب المحن الاجتماعية عن طريق العمل الاجتماعى الذى يهدف الى خلق بيئة ملائمة كما يعمل على تحديد الاشخاص المستهدفين للاصابة مبكرا لكى نتخذ معهم الاساليب الوقائية . ويواجه العمل الاجتماعى صعوبات وتحديات عديدة ، فهو يواجه مثلا صعوبة الموازنة بين الاولويات ، فهناك صعوبة فى الموازنة بين احتيـــاجات العمـــلاء اليوميـــة وبين احتيـــاجات من تظهـــر لهم مشكلات تحتاج الى الوفاء باحتياجات جديدة ؛ وهناك ايضا صـــعوبة احداث التوازن بين الحاجات الفردية الخاصة وبين الهدف العام المجتمعى وهو احداث التغير الاجتماعى (1) . وتمتد اهتمامات الخدمة الاجتماعية فى

---

(1) Margret Eden, Social Work in Investigation and Management, Medicine, The Quaterly - add on Series of Practical General Medicine (5 Psychiatry) P. 85.

مثل هــذه الحالات وفى غيرها الى مجـــالات اخرى مثـــل زيادة الوظيفيـــة الاجتماعية ومنع الصور المتعــددة للانهيار . فتلتزم الخـــدمة الاجتمـــاعبة بمساعدة الافراد على التكيف الاجتماعى بالحفاظ على قدراتهم ومساعدتهم ايضا على الحفاظ على معايير المجتمع وقيمه ، وتلتزم ايضا بتعديل واصلاح جوانب النسق الاجتماعى (٢) .

تقدمت الخدمة الاجتماعية فى مقابل تقــدم الصناعة والنمو الحضرى والحراك الوظيفى والتغيرات والظروف الاجتماعية والتعقيدات التى نتجت عن ذلك . وخلال النصف الاخير من القرن التاسع عشر تكونت هيئات البر والاحسان وظهرت بعض الصور الجديدة للرعاية والخـــدمة ، كمـــا بذلت جهود عديدة لتوعية الناس بالظروف السائدة . وقد كانت القوانين المتعلقة بالخدمات التى تقدم للفقراء هى الشكل الوحيد — فى البداية — لمواجهـــة الاحتياجات الاجتماعية . وبعـــد ذلك بدأ ظهـــور الاتجاه نحو الرفاهيـــة الاجتماعية .

نشأت الخدمة الاجتماعية المهنية (Professional Social Work) فى شكل طرق متوازية . فقـــد التحق اخصـــائيون اجتماعيون — ســـواء تقـــاضوا اجـــرا على ذلك او لم يتقاضوا — بهيئات تطوعية (بمـــا فى ذلك المستشفيات) . وقد اعدت بعض المجموعات برنامجها التدريبى الخاص . وحدث ذلك بالذات بالنسبة للاخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون فى مجال الطب ، فقد كونوا معهدا يقدم مستوى رفيع من الثقافة المهنية . كمـــا بدأ أول برنامـــج دراسى مهنى فى كليـــة الدراســـات الاقتصـــادية فى لنـــدن London School of Economics سنة ١٩٢٩ ، كـــذلك تم اعـــداد برامج تدريبية للمتخصص فى الخـــدمة الاجتماعية فى مجـــال الامراض النفســـية والعصبية .

وقد اتسع نطاق الخدمة الاجتماعية سريعا عندما ضمت مجموعات من العاملين فى مجـــال رعاية الطفولة أو التدريب المهنى أو مجـــال المســـائل العائلية . ومن خلال تخصص أعـــداد كبيرة من الافراد فى الفروع العـــامة والخاصة للخـــدمة الاجتمـــاعية . وقد كونت كل مجمـــوعة متخصصـــة فى الخدمة الاجتماعية « رابطة » خاصة بهـــا . فقد تكونت رابطة الاخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجـــال الطب النفسى ، وتم انشاء معهد للخـــدمة

(2) International Encyclopedia if Social Sciences. The Macmillan Company and The Free Press, New York, 1968, Vol. 14., P. 495.

الاجتماعية الطبية . وحاولوا وضع طرق لقياس الأداء فى التدريب والممارسة . ولكن رغم كل هذا التفرغ بدا الاخصائيين الاجتماعيين يدركون بالتدريج الارض المشتركة التى تجمع بينهم ، وبدأوا يدركون ضرورة أن يكون لهم الصوت الواحد . وقد نتج عن كل ذلك فى سنة ١٩٧٠ تأسيس الرابطة الانجليزية للاخصائيين الاجتماعيين .

أما من جهة الدول فقد تبلت الدولة منذ الحرب العالمية الثانية جزءا من مسئولياتها عن رفاهية الفرد ، فعملت على زيادة عدد الاخصائيين الاجتماعيين فى مجال الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية . بجانب ذلك ازدهرت المؤسسات التطوعية وكان لها فضل الريادة فى غزو مجالات جديدة فى حاجة الى الخدمة الاجتماعية ، وعملت على سد الفراغ فى خدمات الدولة . وكان نتيجة ذلك أن ازداد الاحتياج الى الاخصائيين الاجتماعيين فى الدولة وفى الهيئات التطوعية . وازداد الطلب فى السنوات القليلة الماضية على جماعات العون الذاتى Self-help group للمشاركة فى حل المشكلات من أجل تقديم خدمات أفضل للوفاء باحتياجاتهم الخاصة (٣) .

وللخدمة الاجتماعية الطبية تعريفات متعددة يلقى كل منها الضوء على بعد من أبعادها ، فقد استعرضت اقبال محمد بشير وسلوى عثمان فى الكتاب المعنون « الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى » التعريفات المختلفة للخدمة الاجتماعية الطبية مثل تعريف الشيكشى وفاطمة الحارونى وغيرهما حيث تم الانتهاء الى تعريف اجرائى يحدد الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها أحد فروع الخدمة الاجتماعية ، وهى لها جانبها المعرفى وجانبها الفنى ، ويتضمن ذلك مجموعة خاصة من المهارات والقيم والمبادىء ، وتقدم من خلال الطرق الثلاثة : الفرد والجماعة والمجتمع . ويعمل فى هذه المهنة أخصائيون اجتماعيون حصلوا على اعداد خاص للعمل فى المجال الطبى . وتمارس الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال مؤسسات طبية مثل المستشفيات والعيادات والمستوصفات ومراكز رعاية الطفولة والامومة .. وتهدف الى مساعدة الطب بصفة أساسية ، لهذا يتعاون الاخصائى الاجتماعى مع الفريق الطبى . كما تهدف الى مساعدة المريض على الافادة من الفرص العلاجية الى اقصى حد ممكن وذلك لزيادة آدائه الاجتماعى . ومن خلال ذلك يتعامل الاخصائى الاجتماعى الطبى مع المشكلات الاجتماعية والبيئية

---

(3) Margret Eden, Op. Cit., PP. 84, 85.

والعوائق التى تؤثر فى المرض أو تكون سببا فيه ، وذلك بهدف النهوض بالمجتمع (٤) .

ويوضح أحد التعريفات الأخرى المجالات المتسعة للخدمة الاجتماعية الطبية ، فيعرفها الاستاذ يحيى درويش بأنها مجموعة الخدمات التى تبذل للمريض ولاسرته داخل المستشفيات العلاجية أو خارجها وتساعد على أن يعى الطبيب المعالج طبيعة المرض وسيره والعوامل الاجتماعية المؤثرة فيه ، وتعمل أيضا على معاونة المريض على سرعة التكيف لظروف المرض ومعاونة أفراد أسرته ومخالطيه على فهم هذه الظروف والاستجابة لها ، ثم معاونة المريض على سرعة التكيف لظروف المجتمع الذى يعود اليه بعد استنفاذ جميع الخدمات العلاجية . كما تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية على تقديم المساعدات الممكنة للمريض واسرته اذا ثبتت الحاجة اليها .

ويتضح لنا من هذا التعريف ان الخدمة الاجتماعية الطبية لم تعد تؤدى داخل المستشفيات كما كان الامر قبل ذلك ، ولكنها تسخر أيضا لخدمة المرضى خارج نطاق المستشفيات . وهى تستخدم لتحقيق أغراضها الوسائل المتاحة داخل المستشفيات والخدمات التى يقدمها المجتمع خارج المستشفى (٥) .

تستمد الخدمة الاجتماعية الطبية فلسفتها من الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وترتكز أساسا على نظرية خاصة للانسان ، ونظرة خاصة للمرض . فهى تنظر للانسان من خلال عنصرى التكامل والتمايز . فهى تراه انسانا تتكامل فيه أربعة أبعاد بصورة تفاعلية هى البعد العقلى والبيولوجى والنفسى والاجتماعى ، وترى أن أى اضطراب يصيب هذه العناصر يتردد صداه فى العناصر الاخرى ، وترى أيضا أن كل انسان يتميز عن الاخر ببعض الخصائص على الرغم من اشتراكه مع بقية أبناء الجنس البشرى فى خصائص عامة ، ولهذا فكل انسان يحتاج الى نوعية معينة من العناية ونوعية خاصة من الخدمات . وهى تنظر الى الانسان أيضا على أنه انسان

---

(٤) اقبال محمد بشير وسلوى عثمان ، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ؛ المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية . سنة ١٩٨٦ . ص ٣٢ .

(٥) يحيى حسن درويش ، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى و التأهيل الاجتماعى للمعوقين ، المكتب الجامعى الحديث . الاسكندرية ، ١٩٨٢ ، ص ص ١١ ، ١٢ .

له كرامته التى يجب أن تحترم ؛ وله احتياجاته التى يجب أن تشبع . فهو لن وجد فى مجال المستشفى فلابد أن تحترم كرامته وتشبع احتياجاته .

وتتأسس الخدمة الاجتماعية الطبية ايضا على أن هناك ارتباطا بين العوامل الاجتماعية والثقافية وبين المرض . بل قد تكون هذه العوامل سببا له . لهذا يفضل أن يسير العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى جنبا الى جنب (٦) .

وقد ادخلت الخدمة الاجتماعية الطبيــة فى المستشفيات المصرية عام ١٩٥٠ . وبدأت التجربة بقسم الرمد فى مستشفى القصر العينى ، ثم قسم الرمـــد وقسم الامراض التناسلية بالمستشفى الجامعى بالمنيـــل ، ثم قسم الامراض الصدرية وبعد ذلك فى المستشفى ذاتها . وبعد عدة سنوات تبنت مستشفيات وزارة الصحة تطبيق نفس الفكرة وادى ذلك الى اتساع نطاق استخدام الاخصائيين الاجتماعيين فى المستشفيات وفى المجال الطبى بصفة عامة حتى بلغ سنة ١٩٧٠ حوالى سبعمائة أخصائى اجتماعى (٧) .

التسلح بالمفاهيم العامة وطرق العمل فى التخصص الأم :

يحتاج كل من يعمل فى المجـــال الطبى أن يكون على دراية بالمبـــادىء والنظريات الاساسية السائدة فى التخصص الأم «الخدمة الاجتماعية» ، ويجب عليه أيضا أن ينفذ من خلال المداخل الرئيسية المتعارف عليها بين من يعملون فى مجال الخدمة الاجتماعية ، وأن يعى المفـــاهيم المتداولة وأن يتكلم نفس اللغة التى يتكلمها من يعملون فى الفروع الاخرى فى الخدمة الاجتماعية . اذ أنه طالمـــا أن الخدمة الاجتماعية الطبية تعد أحد فروع الخدمة الاجتماعية ، فان المتخصص فى هذا الفرع لابد أن يلتزم بالاطار الاساسى للتخصص الاكبر .

فمن حيث المفـــاهيم فيجب أن يعى الاخصائى الاجتمـــاعى ما تعنيـــه المفاهيم الاساسية المستخدمة فى التخصص كما سبق وذكرنا . وعلى سبيل المثال فان مفهوم **التدخل المهنى** Inter Vention يعتبر مفهوما أساسيا لابد أن يعى المتخصص أبعاده . وقد أوضح لنا الدكتور عادل انس مضـــمون

---

(٦) اقبال محمد بشير وسلوى عثمـــان ، المرجع السابق ، ص ص ٣٣ ، ٣٤ .

(٧) أحمد مصطفى خاطر ، الخـــدمة الاجتماعية ، المكتب الجـــامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٤ ، ص ص ٤٣٦ ، ٤٣٧ .

هذا المفهوم عندما يعمل الشخص باستخدام طريقة تنظيم المجتمع ، فنذكر أن مفهوم التــدخل المهنى يبين ما يسهم به البحــث فى الممارســة المهنيــة ؛ فالممارس المهنى يحدد الاهداف التى يريد تحقيقها وكيف يحققها ؛ كما يحدد الافعــال التى تؤدى الى تحقيق أهدافه ثم يراجع ما قام به من أفعــال كى يتأكد من أن أفعاله قد حققت أهدافه (٨) . ففى حالة وجود مشكلة معينة فان التدخل المهنى بطريقــة تنظيم المجتمع لهــدف تخفيف اية مشكلة على المجتمع يمكن أن تكون له عدة ابعاد : فهناك التدخل القانونى حتى يتم تعديل القوانين واللوائح اذا كان ذلك يساعد على حل المشكلة مثل تعديل مواعيد الزيارة فى المستشفى . وهناك تدخل مهنى يهدف الى التعامل مبــاشرة مع الاشخاص ذوى الصلة بالمشكلة مثل التفاوض مع مشرفات التغذية . وتدخل مع المؤسسات المعنية بغرض تدعيم مقدرة هذه المؤسسات على التعــامل مع المشكلة مثل الاتصال بمؤسسات يمكن أن تقدم العون للمريض ، والتدخل مع سكان المجتمع لتوعية سكان المجتمع المحــلى بالمشكلة وطلب مشاركتهم فى حلها (٩) .

أما من حيث الطــرق فيجب أن يكون الاخصــائى على وعى بوجود ثلاثة طرق للخدمة الاجتماعية هى الفرد وخدمة الجماعة والتنظيم . وعندما يعمل فى مجال خدمة الفرد فعليه أن يعى المفــاهيم والمبــادىء الاســاسية لخدمة الفرد مثل التقبل ، وحق تقرير المصير ، ونضج الشخصية بالممارسة . والبدء مع العميل من حيث هو ، والسرية ونقد الذات . وعليه أيضا أن يكون على دراية بفكرة مثلث خدمة الفرد ، الذى يتكون من العميل والاخصــائى الاجتماعى والموقف . نحن اذا تخيلنا ثلاثة أضلاع المثلث ووضعنا كل عنصر من الثلاثة عناصر السابقة على ضلع فاننا سوف نجد فى نهاية طرف الضلع سوف يلتقى من خلال علاقة تفاعلية مع العنصرين الاخرين فالعميل يتفاعل مع الاخصائى الاجتماعى عند نقطة التقائه به وهو يتفاعل من الطرف الاخر مع الموقف وهكذا الحال بالنسبة للاخصائى والموقف ، وتبقى العلاقة المهنيــة تغلف مساحة المثلث الداخلية لانها هى التى تربط بين الثلاثة عناصر (١٠) .

---

(٨) د. عادل محمد أنس ، تطوير الخدمات . تجربة ميدانية بمستشفى النيل قبلى ، رسالة دكتوراه ـــ كلية الخدمة الاجتماعية ـــ جامعة حلوان ، سنة ١٩٨٤ ، ص ١٤٢ .

(٩) المرجع السابق . ص ص ١٥١ ، ١٥٢ .

(١٠) أنظر تفصيلات مع رسم توضيحى لمثلث خدمة الفرد فى الفصل الثالث من كتاب أحمد السنهورى ، أصول خدمة الفرد ، المطبعة العالمية ، القاهرة ، سنة ١٩٦٣ ، ص ص ٨٦ ـــ ٩٤ . وقد أورد أحمد السنهورى فى كتابه هذا الكثير من التفصيلات عن مفاهيم ومبادىء خدمة الفرد .

ومن الطبيعى أن الدارس سوف يجد فى كتب التراث تفصيلات عديدة تساعده على الرؤية الصحيحة لكل عنصر من عناصر مثلث خدمة الفرد وذلك من خلال تفاصيل عديدة تتعلق بكل عنصر . وعلى سبيل المثال فسوف يجد ما يرشده الى التعرف على موضوع العميل من خلال التفصيلات التى ذكرت عن علاقة العميل بالمؤسسة ، والحاجات الاساسية للعميل ، ودوافع سلوكه وانماطها . كذلك فان الموقف له مكوناته التى يحتاج الاخصائى أو الدارس أن يتعرف عليها مثل العوامل البيولوجية والجسمية والنفسية ، والعوامل الاقتصادية والبيئية الخارجية وعواملها ، والقيم والتقاليد ، وماضى المشكلة ومستقبلها وحاضرها ... الخ . ومن الطبيعى أنه لا تقتصر هذه التفصيلات على مثلث خدمة الفرد بل أن المبادىء والاسس الاخرى سوف نجد لها تفصيلات وشروحات يمكن أن تساعد على مزيد من العمق فى خدمة المجال الطبى أو فى دراسته . ولنأخذ مثالا على ذلك دور خدمة الفرد فى مجال الامراض النفسية والعقلية فالاخصائى فى هذا المجال لابد أن يعى طبيعة عمله ، فعمله هو تقديم المساعدة فى عملية العلاج على أن يكون الطبيب العقلى مسئول مسئولية كاملة عن العملية العلاجية ، وأن هناك أربعة مداخل العلاج فى حالة هذه الامراض : العلاج الاجتماعى العلاقى وهو الذى يعتمد فيه الاخصائى على مفهوم العلاقة ، ثم العلاج الجماعى الذى يركز فيه الاخصائى على مفهوم الدور والمكانة والبناء والوظيفة ، ويعمل فيه على تعديل ادوار المرضى فى جماعات علاجية ، والعلاج البيئى وهو العلاج الذى أوجه الى المناخ الاسرى والمدرسى والمهنى ، والعلاج الروحى الذى يستند اساسا على مفاهيم دينية ، وتتحول خلال هذا العلاج الاحكام المقدسة الى مفاهيم علاجية عملية محددة . ثم العلاج كفريق وهى عملية تتضمن تعاون الاخصائى الاجتماعى مع غيره (مثل الاخصائى النفسى) من خلال قيام كل منهم بدور للاسهام فى عملية العلاج (١١) .

وعندما يعمل الاخصائى الاجتماعى الطبى بطريقة خدمة الجماعة يجب أن يعى مفهوم خدمة الجماعة كطريقة يستساعد بواسطتها الاخصائى الاجتماعى الافراد أثناء ممارستهم لاوجه نشاط البرنامج فى الانواع المتعددة من الجماعات فى المؤسسات المختلفة لينمو كافراد وكجماعة ويسهموا فى تغيير المجتمع فى حدود أهدافه للمجتمع وثقافته (١٢) . وتفيد الدراية التفصيلية بمبادىء خدمة الجماعة فى أن يتمكن الاخصائى من الالتزام

---

(١١) د. عبد الفتاح عثمان ، خدمة الفرد فى المجالات النوعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ص ١٥٦ — ١٥٨ .

(١٢) د. محمد شمس الدين أحمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، سنة ١٩٧٦ ، ص ١٦ .

بأساسيات هذا النوع من العمل الاجتماعى . فهو يجب أن يتفهم بوعى مبدأ مراعاة قيم مهنة الخدمة الاجتماعية ، ومبدأ مقابلة الحاجات الانسانية ، ومبدأ مراعاة ثقافة المجتمع ، ومبدأ تكوين الجماعة على أساس مرسوم ، ومبدأ الاهداف المعينة ، ومبدأ تكوين علاقات طيبة بين الاخصائى والجماعة ، ومبدأ الدراسة المستمرة (بهدف معرفة التغيرات) ، ومبدأ التفاعل الجماعى الموجه ، ومبدأ الديمقراطية وتقرير المصير ، ومبدا التنظيم الوظيفى المرن ، ومبدا الخبرات التقدمية التى يتيحها البرنامج ، ومبدأ استغلال المسوارد ، ومبدأ التقويم (١٣) .

ويحتاج أيضـا المتخصص فى المجـال الطبى أن يدرك التبـاين بين المؤسسات التى تعمل بطريقة خدمة الجماعة . فالمؤسسات تختلف من حيث نوع العمـلاء من حيث الجنس والسن والمستوى الاقتصـادى والثقـافى والاجتماعى ، كما تختلف المؤسسات فى البرامج التى تمارسها الجمـاعات داخلها حسب أغراض وأهداف المؤسسة ، وبعضها يكتفى بنوع واحد من البرامج بينما يقـدم البعض الاخـر اكثر من نوع ، كـذلك تختلف من حيث السياسة العامة للعمل ، وقيمة الاشتراك . ويعد وعى المتخصص بنوعية المؤسسة أو المنشأة الصحية التى يعمل بهـا أمرا مسـاعدا على امكانية تحديده لانسب البرامج للجماعات التى يعمل معها . فالشخص الذى يعمل فى وحـدة لرعاية مرضى السرطان لابد أن يختلف أدائه للخـدمة واختياره للبرامج عن من يعمل فى دار للمسنين أو مؤسسة لرعاية مرضى الجزام (١٤) .

هناك أيضا مجموعة من الفروض التى ترتبط بالعمل مع الجمـاعات يمكن أن يضعها المتخصص فى المجال فى اعتباره سواء لمحاولة اختبارها أو للافادة منها فى أدائه لعمله . فيشير مثلا أحـد الفروض الى أن الجماعات يمكن أن تستخدم للعمل على تغيير اتجـاهات الافراد وسلوكهم . ويقـرر آخر أن الجماعات يمكن أن تقدم خبرات اذا تم اختيار بعضها فيمكن أن تكون نافعة فى الاستخدام بهدف الوصول الى غايات مفيدة . وأن التغيرات التى تحدثها الجماعات يمكن أن تكون أكثـر رسوخا ودواما واستقرارا عن تلك التغيرات التى تحدث بطرق أخرى . كما توجـد فروض تتعلق بالصعوبات التى تساعد على التغلب عليها ، فهناك الفرض الذى يقرر أن الجمـاعات

---

(١٣) اقرا تفاصيل عن هذه المبادىء فى المرجع السابق للدكتور محمد شمس صفحات ٤٩ — ٦٨ .

(١٤) أنيس عبد الملك ، خدمة الجماعة ودورها فى المجتمع المعاصر . مكتبة الانجلو المصرية ، سنة ١٩٧٤ ، ص ٢٧٤ .

تحاول دائما التغلب على الصعوبات التى خلقها التعرض لعمليات التعلم . وهناك فروض أيضا تتعلق بقدرات الجماعات مثل الفرض الذى يرى أن الجماعات تعد أدوات لمساعدة الافراد فى استخدام قدراتهم ، فالجماعة يمكن ان تكون اقتصادية بدرجة كبيرة فيما يتعلق باستخدام الموارد النادرة مثل العمال المهرة وغيرهم (١٥) .

وتعد طريقة تنظيم المجتمع احدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية لدعم الجهود المشتركة فى مختلف المستويات المجتمعية للتصدى للحاجات والمشكلات المجتمعية طبقا لخطة تحشد الموارد الحالية والمستقبلية فى اطار السياسة العامة (١٦) . ويحتاج الاخصائى المتخصص فى المجال الطبى الذى يعمل بطريقة تنظيم المجتمع أن يعى فلسفة تنظيم المجتمع . فهو يجب أن يضع فى اعتباره مسألة القيم والاخلاقيات فهناك قيم معينة يتم من خلالها العمل مثل الايمان بالعدالة الاجتماعية ، والاعتراف بكرامة الفرد ، والايمان بحق الفرد فى التعبير عن احتياجاته وحقه فى المساهمة فى شئون مجتمعه ... الخ . كذلك فان لطريقة تنظيم المجتمع أهداف ووظائف ، فهى تهدف الى تحقيق نمط للتفاعل قابل للحياة والنمو فيما يتصل بالعلاقات فى المجتمع ، وبالاهداف الاجتماعية المبتغاة . وتدخل ضمن فلسفة تنظيم المجتمع نظرة الطريقة الى المجتمع فهى تنظر الى المجتمع ووحداته الاساسية فى ضوء فكرة الفروق الفردية والاعتماد المتبادل بين الوحدات الانسانية وأن الفرد وحدة الجماعة (١٧) وما الى ذلك مما يجب أن يوضع فى الاعتبار . وتستخدم أيضا هذه الطريقة أدوات وأساليب فنية واستراتيجيات وعمليات .

ويجب على المتخصص فى المجال الطبى أيضا أن يضع فى اعتباره مبادىء تنظيم المجتمع . فهناك مبدأ التقبل . فهو لابد أن يعى مفهوم التقبل وابعاده ومقتضياته وأن يؤمن بأهميته . وأن يعى مبدأ المسئولية الاجتماعية ، مسئولية الافراد ومسئولية المجتمع ، ومبدأ حق اتخاذ القرار فأفراد المجتمع موضوع التغيير من حقهم أن يقرروا نوع التغيير والبرامج والمشروعات التى يريدونها . أما مبدأ الموضوعية الذى لا يمكن أن يستغنى عنه أيضا المتخصص فهو سيساعده على التخلى عن الذاتية فى العمل .

---

(15) Tom Douglas, Group Work Practice, Tavistock Publications, London, 1976, pp. 28, 29.

(١٦) د. ابراهيم عبد الرحمن رجب وآخرون ، أساسيات تنظيم المجتمع ، سلسلة قراءات فى تنظيم المجتمع . الكتاب الاول . دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٨٣ ؛ ص ٧٠ .

(١٧) المرجع السابق ، ص ص ٨٤ — ٨٩ .

ويأتى مبدأ التقويم الذاتى الذى يساعده ايضا على التعرف على مدى نجاح او فشل ما قام به من عمليات لتحقيق الهدف (١٨) ؛

ونظرا لان علاقه الاخصائى الاجتماعى بالعميل عادة ما تكون علاقة ارشادية ، لهذا فان كتب الارشاد العديدة التى تقدم طرق واساليب الارشاد لمن يعمل فى اى مجال من مجالات الخدمة تعد مراجعا اساسية يتعلم منها من يعمل فى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية ابعاد العملية الارشادية مثل مفهوم الارشاد وانواعه : كالارشاد فى اوقات الازمات والارشاد التنموى . كما تقدم هذه الكتب المداخل والنظريات المختلفة المتعلقة بالارشاد وفعاليته . وسوف نتناول مثالا واحدا مما تقدمه كتب الارشاد ويعد نافعا للمتخصص فى المجال الطبى . فالاخصائى كمرشد لابد ان يكتسب بعض المهارات وينمى القدرات التى تساعده على النجاح فى التعامل مع العميل ، ومن القدرات والمهارات التى يجب أن ينميها ما يأتى :

١ — أن تتولد فيه مهاره الوصول الى الاخرين بسهولة ، فلا يبقى بعيدا عن العميل معنويا وفكريا . ويساعد توفر هذه المهارة على سرعة تقبل العميل لارشادات الاخصائى

٢ — أن يستطيع كسب ثقة من يقوم بمساعدتهم .

٣ — أن يستطيع الدخول الى الفرد الذى يساعده وأن يخرج من الموقف فى الوقت المناسب .

٤ — أن ينمى فى نفسه احترام الاخرين والاهتمام بهم .

٥ — أن يتحلى باحترام النفس ، والا يصل تاثره بالناس الى أن يستجيب لما يرغبونه وما يحصلون من خلاله على الرضى النفسى دون أن يكون مقيدا لهم .

٦ — أن تكون لديه معرفة تسمح له بتقديم الفائدة والمشورة للشخص الذى يتقدم الخدمة .

٧ — أن يكون قادرا على فهم سلوك من يساعدهم دون أن يطلق عليهم أحكاما قيمية .

---

(١٨) انظر مزيد من التفاصيل ، فى كتاب الدكتور ابراهيم عبد الرحمن ، مرجع سابق ، صفحات ٩٤ — ١٠٣

٨ — أن يكون قادرا على التفكير المنظم ، خاصة ما يتعلق بالوصول الى الاسباب .

٩ — أن يكون عصريا ، ليس تقليديا أو جامدا ، وأن تكون له النظرة الشاملة للاحداث الانسانية .

١٠ — أن يستطيع التعرف على أنماط السلوك التى تجعل الناس ينهزمون ، وأن يكون قادرا على أن يحث الناس على تبنى انماط السلوك التى يكون لها عائدا أكبر .

١١ — أن يستطيع مساعدة الاخرين على أن ينظروا الى أنفسهم نظرة صحيحة والا يجيبوا الاجابات المدافعة عن أنفسهم عندما يسألهم أى شخص عن نواتهم (١٩) .

مجالات واهتمامات الخدمة الاجتماعية الطبية :

اتسعت مجالات واهتمامات الخدمة الاجتماعية الطبية فى السنوات الأخيرة سواء فى ميدان الممارسة أو فى مجال الدراسات . ويجب أن نشير قبل أن نتحدث عن المجالات والاهتمامات الى أن الخدمة الاجتماعية الطبية تتدخل فى مجالات العلاج ، ولها دورها ايضا فى مجال الوقاية . ذلك أن تذليل الصعوبات الاجتماعية المحيطة بالمريض تعد من عمل الاخصائى الاجتماعى . وينتظر أن تأتى الخدمة الاجتماعية الطبية فى مجتمعنا المصرى ثمارا كثيرة فى مجال رفع المستوى الصحى والاجتماعى فى البلاد خاصة وأن غالبية من يترددون على المستشفيات والمؤسسات الصحية يعانون من صعوبات اجتماعية مثلما يعانون من المرض تماما . فنجاح العلاج الطبى لا يتوقف فقط على رعاية المريض صحيا واجتماعيا فى المستشفى بقدر ما يتوقف أيضا على المساهمة فى حل مشكلات المريض البيئية فالمريضة المصابة بالدرن تحتاج الى رعاية أطفالها خارج المستشفى ، والعامل الذى تمنعه ظروفه من التردد على المستشفى فى ساعات العمل يحتاج الى ترتيبات يجريها الاخصائى بين المستشفى وبين العمل ، والزوج المصاب بمرض تناسلى يحتاج أن ينبه الى الاحتياطات اللازمة لتفادى مشكلات المستقبل (٢٠) .

---

(19) Jonn J. Pietrofesa, Counseling : An Introduction, Houghton Mifflin Company, U.S.A., 1984, p. 23.

(٢٠) د. محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مكتبة القاهرة الحديثة ، القاهرة ، سنة ١٩٧١ ، ص ص ٣٨ ، ٣٩ .

أما من جهة الدور الوقائى فهى تقدم الجهـود المنظمة التى تستخدم فيها معرفة تتعلق بالصحة والامراض لمساعدة الافراد على الحفاظ على الصحة الجسمية والعقلية بمناى عن الامراض . كما تساعد الافراد والاسر والمجتمعات المحلية على تفادى المشكلات الاجتماعية . وتتمثل الجوانب الوقائية داخل المستشفى فى ترشيد الزوار للحد من انتشار الامراض والتعرض لها ، والقيام بالتثقيف والتربية الصحية ، والتحذير من العادات الضارة كالتدخين والحقن بالمخدرات ، والممارسات غير الشرعية للجنس خارج اطار الزواج وغيرها (٢١) .

ونود أن نشير الى اننا سوف نذكر هنا بعض مجالات الاهتمام وهى مجرد نماذج لا يمكن ان نقدم اكثر منها نظرا لان المجالات متشعبة لا يمكن ذكرها جميعا فى اطار فصل واحد (٢٢) . وفيما يلى أهم المجالات والاهتمامات :

الخدمة الاجتماعية فى المستشفيات :

تهتم الخدمة الاجتماعية بمجال المستشفيات اهتماما كبيرا . ويظهر ذلك فى مجالين : المجال الاول هو مجال العمل فى المستشفى اذ أن هناك اعدادا كبيرة من الاخصائيين الاجتماعيين يعملون فى المستشفيات والمؤسسات الصحية المتنوعة ، والمجال الثانى هو مجال اجراء البحوث والدراسات التى

---

(٢١) د. ثروت اسحق ، دور الخدمة الاجتماعية فى المجتمع ، دراسة للنشأة والطرق والتطبيقات ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ ، ص ٢٥١ .

(٢٢) الواقع أن القارىء لتراث الخدمة الاجتماعية المنشور يجد أن هناك كتابات عديدة قد تناولت موضوعات تفصيلية بحيث يستطيع الدارس وممارس الخدمة الاجتماعية على السواء أن يجد عونا سواء فى دراسته أو فى عمله الميدانى . وسوف يجد أيضا كل منهما فى هذا التراث ما يساعده على حل المشكلات النوعية الدقيقة التى تواجهه . وسوف نذكر مثالا واحدا لذلك ، فعادة ما يحتاج الاخصائى الذى يعمل فى أى مجال مثل المجال الطبى الى ارشادات تتعلق بصرف المساعدات المادية . وقد احتوى التراث على كتابات تعالج هذا الجانب ، ومنها مثلا كتاب ميشيل هل « الخدمة الاجتماعية والمساعدة بالمال » الذى اهتم فيه بشرح طرق تمويل العميل اثناء ممارسة الخدمة الاجتماعية فى القطاعات المحلية ، وكيفية مواجهة المشكلات التى ترتبط بالفقر والديون وغيرها . انظر :

Michael Hill & Peter Laing. Social Work and Money, George Allen and Unwin Ltd., London, 1979.

تتعلق بتنمية دور الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى بصفة عامة ومجال المستشفيات بصفة خاصة . ولعل الدراسة القيمة التى اجراها الدكتور عادل محمد انس للحصول على درجة الدكتوراه بعنوان « تطوير الخدمات الاجتماعية . تجربة ميدانية بمستشفى المنيل القبلى » تعتبر أحد الامثلة الدالة على هذا الاهتمام . وقد كان يهدف من بحثه الى التعرف على دور التدخل المهنى بطريقة تنظيم المجتمع فى تدعيم المستشفى كنسق اجتماعى بما يحقق تطوير الخدمات العلاجية والاجتماعية المؤداة للمرضى والعاملين بالمستشفى،. وللتعرف على ذلك حاول البحث عن أثر ممارسة الاخصائى الاجتماعى لبرنامج التدخل المهنى بطريقة تنظيم المجتمع على تحسين مستوى الخدمات العلاجية والاجتماعية المقدمة للمرضى فى المستشفى ، ثم أثرها على تهيئة مناخ جيد لتدعيم العلاقات الانسانية بين مختلف العاملين فى المستشفى (٢٣)

الخدمة الاجتماعية فى مجال المعوقين :

حظى مجال المعوقين باهتمام شديد سواء من حيث العمل المهنى أو الدراسة أيضا . فقد تم تفسير التعويق وشرح طبيعة الشخص المعوق وسماته الاساسية . وهناك أيضا دراسات عديدة عن عمليات التأهيل وطرقه ، واخلاقيات وسمات شخصية القائم بالتأهيل .

والنموذج الذى يمكن أن نقدمه للدراسات التى اجريت على المعاقين دراسة الدكتورة زينب حسين ابو العلا التى اهتمت فيها بموضوع تقبـول الذات لدى المصاب بالبتر . تلك الدراسة التى حصلت بها على درجة الدكتوراه من جامعة حلوان . وقد حاولت فى هذه الدراسة أن تبين اثر ممارسة الخدمة الاجتماعية بالتركيز على خدمة الفرد فى تقبل المصاب بالبتر لذاته . فقد حاولت التعرف على مؤثرات الاصابة بالبتر على مفهوم الذات بجانبه محاولة التعرف على طبيعة ودور هذه الممارسة للخدمة الاجتماعية لمساعدة المصاب بالبتر لتقبل ذاته واستعادة قدرته على الاداء الاجتماعى السليم . وتم فى هذه الدراسة الكشف عن التفاعل المتبادل بين المصاب بالبتر وبيئتـه سواء كانت الاسرة أو المدرسة أو العمل ، والوقوف على الحقائق المتصلة بالاعاقة الجسيمة كمحاولة للاسهام فى الاتجاه التطبيقى

---

(٢٣) د. عادل محمد أنس ، المرجع السابق ، ص ١٠ .

للعلوم الاجتماعية والخدمة الاجتماعية وصولا الى التكامل بين المعرفة المحددة والتطبيق (٢٤) .

التخصص فى خدمة المرضى :

اتجهت الخدمة الاجتماعية الى مزيد من التخصص فى مجال رعاية المرضى بحيث أصبحنا نجد من يتخصصون فى العمل مع المرضى بأمراض دون غيرها ، كما أن هناك دراسات متخصصة تتعلق بكيفية العناية بكل نوع من المرضى . ففى حالة مرضى القلب على سبيل المثال يتجه عمل الاخصائى الاجتماعى الان الى الحيلولة دون حدوث مضاعفات فى المستقبل وفق اطار خطة العلاج وتوصيات الطبيب المعالج . ويقوم الاخصائى الاجتماعى بتحليل دقيق لمتطلبات العمل الذى يقوم به المريض بغية توجيهه نحو الاعمال التى لا تستدعى جهدا حركيا أو عقليا تنوء به حالته . وبديهى أن يتطلب ذلك اتصالات مع جهة العمل . ويمكن أن يتضمن أيضا محاولات اعادة تدريبه بما يتفق وظروفه المرضية (٢٥) .

أما فى حالة مرضى الدرن فان الاخصائى الاجتماعى يقوم بدوره تجاه المريض سواء فى المصحات أو فى المنزل . ونظرا لان فترة العلاج تستغرق وقتا طويلا فان المريض يحتا جدائما الى الرعاية والاشراف المستمر ، فيلزم مثلا أن يكون النشاط الذهنى والحركى متناسبا وملائما للحالة الصحية للمريض المصاب بالدرن الرئوى ، كما يحتاج هذا المريض الى نوعية مناسبة من الغذاء ، ويحتاج أيضا عند تماثله للشفاء أن يتعلم التكيف للبيئة الخارجية والتعرف على الهيئات والجهات التى يمكن أن تقدم له العون حتى يستعيد استقلاله الاقتصادى والاجتماعى ، وهذا ما يمكن أن يشرف عليه ويقوم به الاخصائى الاجتماعى . وللاخصائى الاجتماعى دوره أيضا مع أسرة مريض الدرن نظرا لان الدرن الرئوى يصيب فى الغالب الاشخاص فى مقتبل العمر الذى يرتبط بتكوين الاسرة الامر الذى يحدث أرتباكا فى الظروف الاقتصادية والموارد التى تعتمد عليها الاسرة ولهذا فان تدخل الاخصائى الاجتماعى بتقديم مساعدات مالية للمريض وأسرته يمكن أن يعينه على اجتياز الصدمة

---

(٢٤) د. زينب حسين أبو العلا . أثر ممارسة الخدمة الاجتماعية فى تقبل المصاب بالبتر لذاته ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية — جامعة حلوان ، سنة ١٩٧٩ . ص ص ٢ ، ٣ .
(٢٥) د. محمد عبد المنعم نور ، المرجع السابق ، ص ٤٤ .

الاولى المتعلقة بمواجهة متطلبات الحياة . وفى ضوء ذلك تعتبر الاستعانة بالموارد البيئية من العوامل التى توفر للمريض الهدوء النفسى وبالتالى تؤكد تجاوبه مع خطة العلاج المقررة له . كذلك يتطلب علاج مريض الدرن عزله عن اسرته فترة من الزمن وهى تثير بعض المتاعب النفسية . ويمكن أن يقوم الاخصائى الاجتماعى بدور ايضا فى المجتمع المحلى مثل تبصير المرضى بأنظمة الكشف الطبى الدورى والاسهام فى حملات الفحص الجماعى حتى يمكن اكتشاف الحالات المصابة فى بدايتها وتحصين المعرضين للعدوى وتوعيتهم (٢٦) .

وتتعدد ادوار الاخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى مجال مرضى الرمد ، فهو يقدرب على اتخاذ التدابير اللازمة التى تكفل تجاوب المريض وتعاونه مع القائمين بعلاجه . ويعد هذا الامر بالغ الاهمية فى أمراض العيون بصفة خاصة نظرا لان الاهمال فى العلاج أو عدم الانتظام فيه يمكن أن يؤدى الى مضاعفات خطيرة ، خاصة وأن هناك مرضى لا يستطيعون فهم طبيعة مرضهم وخطورة مضاعفاته . وفى الاسر التى يتكرر اصابة أطفالها بالرمد الصديدى نتيجة النقص فى تدابير النظافة الشخصية وتفشى العادات الصحية السيئة يحتاج الطبيب الى معاونة الاخصائى فى الحث على تعديل سلوك افراد هذه الاسر تفاديا للاصابة أو المضاعفات . ويعمل الاخصائى أيضا على مساعدة مرضى العيون فى الحصول على الادوات والمهمات الطبية التى يقررها الطبيب كالنظارات الطبية والعدسات اللاصقة وغيرها . وهو أيضا يحاول اقناع المرضى الذين تستدعى حالتهم اجراء عملية جراحية أو الخضوع لعلاج معين ، كما يقوم بتعريف الطبيب المعالج بالظروف الاجتماعية والاقتصادية لبعض الحالات ، خاصة ما يكون له تأثير فى سير المرض وعلاجه (٢٧) .

ويحتاج مرضى السكر دائما الى من يساعدهم على تنظيم معيشتهم وطرق تغذيتهم . فيحتاج المريض الى تأقلم وتكيف للعلاج ، كما يحتاج الى من يزيل من طريقه الصعوبات والعراقيل التى تحول دون تجاوبه مع خطة العلاج ، وهذا يمكن أن يقوم به الاخصائى الاجتماعى . ودوره مع مرضى السكر لا يقتصر على العمل الفردى ، فهو يمتد الى عقد اجتماعات دورية

---

(٢٦) د. أحمد مصطفى خاطر ، المرجع السابق ، ص ص ٤٤٧ —
(٢٧) المرجع السابق ، ص ص ٤٤٩ — ٤٥١ .

مع المرضى وأسرهم لمناقشة المشكلات الاجتماعية الخاصة بهم . ويقوم الاخصائي بحصر المرضى وتتبع الحالات ، وتتم المتابعة من خلال عمل بطاقات خاصة بكل مريض . ولذا كان ذلك يكون مفيدا في حالة التتبع فهو يكون أكثر فائدة فيما يتعلق باسعاف المريض عند الضرورة . ومن الطبيعي ان يقدم بعض الخدمات الاخرى التي يقدمها للمرضى بصفة عامة مثل الاتصال بجهة العمل وصرف المساعدات ... الخ (٢٨) .

ويأتي الدور الهام للاخصائي الاجتماعي مع مرضى الامراض المستعصية مثل مرضى السرطان . ويتطلب الموقف المهني من الاخصائي الاجتماعي أن يرى المريض كفرد يواجه موقفا يهدد سعادته وراحته لا كضحية تستحق الرثاء لمرض قد لا يقبل الشفاء . ولهذا يحاول الاخصائي الكشف عن جوانب القوة في المريض واستغلالها ، ومحاولة تعويض العجز ولو جزئيا وذلك بعد التغلب على العوائق السيكولوجية والمشكلات المادية والاجتماعية والمخاوف والاوهام . ويحاول الاخصائي الاجتماعي دائما في كل عمل يؤديه ان يفهم طابع شخصية المريض ومدى تاثير الاصابة بالمرض عليه ، وخاصة على مخاوفه التي عادة ما تسببها الاصابة بهذا المرض الخطير . ويهتم الاخصائي الاجتماعي بالتأهيل المبكر للمريض ، كما يهتم بالتعامل مع المشكلات المادية والبيئية ، ولا يمكن أن يتم ذلك دون الافادة من مصادر الخدمات بالمجتمع (٢٩) .

وقد امتدت مجالات واهتمامات الخدمة الاجتماعية الى آفاق أبعد من ذلك ، وسوف نأخذ مثالا واحدا هو مجال الارشاد الاسرى أو العلاج الاسرى في مواقف متعددة . ففي المجتمعات الغربية التي تبيح الاجهاض يقوم الاخصائي الاجتماعي بدور ارشادى في هذا المجال ، فهو يقدم الارشاد والدعم العاطفي والمساعدة العملية . وهو يساعد المريضة على التعامل بفعالية أكثر مع نتائج قرارها سواء كان هو الاحتفاظ بالطفل أو فقدانه . وفي مستشفيات معينة يلجأ اخصائي أمراض النساء والولادة الى الاخصائي الاجتماعي لكي يكتب تقريرا من طالبة الاجهاض يحتوى على التاريخ الاجتماعي التفصيلي للسيدة بحيث يكشف عن مدى ملاءمة الاجهاض

---

(٢٨) المرجع السابق ، ص ص ٤٥١ ، ٤٥٢ .

(٢٩) محمد سيد فهمي ، السيد رمضان ، الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية ،(المجرمين — المعوقين) ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٤ ، ص ص [illegible] .

لحالتها ، وبذلك يقوم الاخصائي الاجتماعي بدور في اتخاذ اخصائي أمراض النساء والولادة لقراره (٣٠) .

ويمتد الارشاد الاسري الى المساعدة في عـلاج مشكلات أخـرى مثل علاج الادمان اذ يحتاج المدمن وأسرته الى ارشاد الاخصائي الاجتماعي . فالزوجة عادة ما تسأل الاخصائي الاجتماعي : هل من حل لمشـكلة ادمان زوجي ؟ ولا يعتبر ذلك بالطبع طلبا محددا ولكنه يفتح الباب لعملية الارشاد والتوجيه . وفي هذه الحالة سوف يساعدها الاخصائي على الوصول الى الحلول الناجعة والمرضية لموقفها . وفي حالة تفكيرها في الانفصال او الطلاق فهو يوضح لنا أن قرارها قد تأسس على مشاعرها التي ترى من خلالهـا انها لم تعـد قادرة ان تعيش مع الزوج ، ولم يتأسس على أنهـا يجب أن تعيده الى حالته الاولى . فعمل الاخصائي يهدف في هذه الحالة الى تعريفها بطبيعة عملية الادمان ومظاهرها السلوكية . وعندما تقوى وتتشجع تحول هذه المعرفة الى فعل ، فعمل الاخصائي في هـذه الحالة أن يحول الزوجة من حالة الرفض الى الاهتمام (٣١) .

تأهيل ومسئوليات الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي :

على الرغم من احتواء مقررات الدراسة في كليات ومعـاهد الخـدمة الاجتماعية على مادة غنية تتعلق بالخدمة الاجتماعية الطبية ، إلا أن التدريب المهني في المجال الطبي يعتبر أمرا ضروريا فهو الذي يدمج النظرية والممارسة معا . فالتدريب يتضمن اكساب مهارات عن طريق المعلومات بجانب وجود فترات من الممارسة تحت المراقبـة والاشراف . ويجب ونحن نعـد برامج التدريب أن نتنبه الى محتويات وأسلوب التدريب وذلك في ضوء طبيعة العمل الاجتماعي المتغيرة . والمـلاحظ أن اغلب برامج التدريب تهدف الى تدريس المعلومات الاساسية والمهارات التي يحتاجها جميع الاخصائيين الاجتماعيين

---

(30) Martin Davis, The Essential Social Worker, A guide to Positive Practice, Educational Books, Heinemann, London, 1981, p. 92.

(31) Carlton E. Munson, Social Work with Families. Theory and Practice, The Free Press, New York, 1980, pp. 377-378.

لكي يتمكنوا من التدخل في نطاق أوسع من المشاكل . ولكن يتزايد الاحساس الان بضرورة وجود أخصائي اجتماعي له خبرة متميزة وخاصة على أنه حتى اذا كان البرنامج متخصصا فهو لابد أن يحتوى على بعض المواد التي يمكن أن تكون ذات فائدة للتخصص مثل تلك المبادىء العامة التي ترتبط بالخدمة الاجتماعية ككل .

ولعل تحديدنا للمسئوليات والوظائف التي يؤديها الاخصائي الاجتماعي الطبي تعتبر عاملا مساعدا على تعرفنا على تمثيلات عديدة خاصة بتأهيل من يعملون في هذا المجال . وقد حددت فاطمة الحاروني على سبيل المثال ثلاثة مسئوليات أساسية للاخصائي الطبي وهي ؛ **مسئولية التنظيم الداخلي** ، ذلك أن الاخصائي الاجتماعي مسئول عن تنظيم قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى أو المؤسسة الصحية تنظيما يؤدي الى درجة عالية من كفاءة أداء العمل مثل توفير الامكنة بطريقة تضمن سرية المعلومات . ويأتي بعد ذلك **مسئولية الاخصائي نحو المجتمع** : مثل مهمة تنبيه المجتمع الى وجود قسم الخدمة الاجتماعية لكي تحول اليه الحالات المستحقة ، والتعاون مع مصادر البيئة بطريقة تضمن حصوله على مساعدتها ، والاحتفاظ بسجل أسماء المرضى للمتابعة ، ثم تزويد المرضى بالثقافة الخاصة النافعة بالنسبة لهم . ويأتي النوع الثالث من المسئوليات وهي **المسئوليات الفنية الخاصة بالمرضى** : مثل شرح وظيفة المؤسسة الطبية للمريض ، وبحث التاريخ المرضى للمريض لمساعدة الطبيب في توجيه عمليات الفحص والعلاج ، واعداد المرضى لقبول الاختبارات الطبية . وشرح طبيعة المرض للمريض بالطريقة السلسية ثم العمل مع الاقارب (٣٢) .

ويمكن للاخصائي الاجتماعي أن يسهم مع الفريق الطبي في الوصول الى تشخيص في حالة وجود عوامل اجتماعية ونفسية مؤثرة على المرض . ويحتاج الاخصائي لكي يتمكن من تقييم المريض في مثل هذه الحالات الى أن تتوفر لديه بعض المعلومات عن الاضطرابات العضوية والنفسية والعصبية التي تعينه على مزيد من فهم الحالة وظروفها . ذلك أن الاخصائي الاجتماعي يحاول تقييم موقف المريض من جوانب مختلفة فهو يعمل على تقييم شخصيته وعمله وعلاقاته وخبراته وخلفيته الثقافية وقدراته وأسرته ، وعلاقة المريض

---

(٣٢) فاطمة مصطفى الحاروني ، خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية ، الجزء الثاني ، مطبعة السعادة ، القاهرة ؛ الطبعة السادسة سنة ١٩٧٥ ، ص ص ٦٠٦ — ٦٠٩ .

بأحداث معينة مر بها فى حياته ، والتغيرات التى حدثت فى أدواره وأساليب حياته ، بالاضافة الى كيفية تأثير المشاكل على سلوكه وعلاقاته

ويجب أن ندرك ان عملية التقييم هذه لا تعد عملية تشخيصية فقط ، وهى ليست أيضا عملية مؤقتة . فهى عملية علاجية ومستمرة . فاستمرار التقييم يؤدى الى بناء علاقة بين المريض (وأسرته) وبين الاخصائى الاجتماعى بحيث يمكنهم معا تقرير نوعية المساعدة التى يحتاجها المريض ومداها . ويساعد التقييم على تقرير الاهمية الاجتماعية لبعض العوامل ذات الاثر السلبى أو الايجابى مثل أثر الضغوط والقلق ، وأثر المساندة التى يمكن توفيرها للمريض ، ودور وقدرات أسرته فى التعاون فى مرحلة العلاج .

ويتحدد دور الاخصائى الاجتماعى فى أنه يستطيع أن يسهم فى مساعدة المريض بطرق عديدة تتطلب جميعها مهارات مثل معرفة كيفية التحدث مع المريض منفردا أو وهو داخل مجموعة ، ثم كيف يستطيع تكوين العلاقة المهنية واستخدامها فى العلاج ، وكيف يستخدم الوقت والاسلوب العلاجى الذى يستخدمه بطريقة مرنة تتناسب مع احتياجات المريض وأسرته . ويتضمن ذلك القيام بادوار مختلفة تتأسس على معرفة متخصصة . وأهم مجالات المساعدة التى يؤديها الاخصائى ما يأتى :

١ — دراسة حالة المريض وتقرير نوعية ومدى المساعدة التى يحتاجها . وتحتاج بعض الحالات الى **مساعدات قصيرة المدى** بينما تحتاج حالات أخرى الى مساعدات طويلة المدى سواء للمريض أو لعائلته . ففى فترات قصيرة يمكن أن يقدم الاخصائى الاجتماعى مساعدات مركزة تساعد المريض وأسرته على مواجهة الكوارث ، أو أن يساعد المريض على التخلص من مخاوف خاصة به أو وضع خطط العلاج . ويمكن للمساعدة التى تقدم فى فترة قصيرة أن تهدف الى أن تساعد الاسرة على النظر الى المشكلة من زوايا مختلفة وعلى استخدام مواردهم بطريقة جديدة تسهم فى حل المشكلة . ويمكن أن يكون هذا النوع من المساعدات كافيا لكى يمكن المريض من أن يضع خططا واقعية تساعد على استقراره وتكيفه لفترة زمنية طويلة . ويحتاج بعض المرضى وأسرهم الى **مساعدات لفترات زمنية طويلة** . ويمكن للاخصائى أن يقدم دعما ومساندة طويلة المدى فى بعض برامج التأهيل التى تستلزم فترة زمنية طويلة . فيحتاج بعض المرضى الى وجود شخص بجوارهم فى أوقات عديدة ، بينما يحتاج غيرهم الى شخص يلجأون إليه فى أوقات تزايد الضغوط ، ويحتاج البعض الاخر الى مساعدات متصلة على فترات زمنية طويلة نظرا لطول فترة مرضهم أو بسبب تعقد واستمرار

مشكلاتهم الخاصة والاجتماعية . ويلزم أن يجرى الاخصائى الاجتماعى مقابلات متتالية مع مرضى آخرين لمحاولة تخفيف الصراعات الداخلية بهدف أن يصل بهم الى حالة من الراحة للتغلب على مخاوفهم الدفينة . وفى هذه الحالة يحتاج الاخصائى الى أساسيات ومهارات تتعلق بالعلاج النفسى .

٢ — مساعدة الاسرة على رعاية المريض أو الشخص غير القادر ويمكن أن يتم ذلك بصفة شخصية أو أسرية ، ويتطلب هذا عادة التعرف الدقيق على العلاقات الاسرية المعقدة ، ويحتاج الاخصائى لاداء دوره فى هذا المجال الى بعض المهارات المتعلقة بالعلاج الاسرى ومشكلات الزواج ، ويحتاج أن يتعلم أيضا كيف يشارك مع الاخصائى النفسى والطبيب فى حل المشكلات .

٣ — المشاركة فى مجموعات عمل علاجية وترفيهية بالنسبة لمجموعات من المرضى . فيمكن تدريب الاخصائى وتأهيله للعمل مع الجماعات الاسرية ، والجماعات المقيمة فى بيوت الشباب والمرضى الذين يقيمون فى المستشفيات أو خارجها وأقاربهم .

٤ — تقديم المشورة واستخدام الموارد لصالح المريض وأسرته . فيمكن اعتبار الاخصائى الاجتماعى مصدراً للمعلومات الخاصة بحقوق ومصالح الفرد ، والمعلومات الخاصة بالامكانيات الاجتماعية والمساعدات العملية . ويعرف الاخصائى من خلال مشاركته فى شبكة الخدمات كيف يصل الى هذه الامكانيات ، وأى الامكانيات يجب أن يستخدم ، ثم نوعية المعلومات التى يجب أن يقدمها . فيلاحظ أن تقديم الاخصائى للخدمات والمساعدات المادية وحدها قد لا يحل مشكلات المريض واسرته اذ هم يحتاجون الى مساعدة ارشادية الى كيفية استخدام المساعدات . والسماح لهم باظهار أى رفض أو اتجاهات عدائية نحو المساعدة ، والسماح لهم ايضا بابداء أى مشاعر أو مخاوف او اضطرابات خلال عملية تقديم وقبول المساعدة .

٥ — بذل طاقات كبرى فى معاونة فئات معينة من المرضى مثل معاونة المريض العقلى على دخول المستشفى ، والمساعدة على تكيف الاطفال للموقف العلاجى . والتعرف على احتياجات المريض المزمن وغير القادر .

ويتطلب قيام الاخصائى الاجتماعى بأداء دوره فى المجالات السابقة القدرة على التشاور مع الزملاء الذين ينتمون الى فروع علمية أخرى ، والقدرة على الاتصال بالهيئات والافراد الذين لهم صلة بمن يقدم لهم الخدمة . ونحن ننتظر الوقت الذى تفتح فيه قنوات التشاور بين الاخصائى الاجتماعى

والفريق المسئول عن العلاج ، والوقت الذى يبحث فيه الطبيب عن الاخصائى الاجتماعى الذى تكون لديه علاقة مع المريض وعائلته بحيث يتم تحويلهم اليه ، والوقت الذى يسأل فيه الاخصائى بدوره عمن يعرفون المريض من اطباء أو أفراد وهيئات تقدم المساعدة لكى يتم التنسيق المطلوب فى تقديم الخدمة . كذلك ننتظر ايضا الوقت الذى تتسع فيه دائرة عمل الاخصائى الاجتماعى فى خدمة المرضى واسرهم وتتنوع المهام والخدمات التى يمكنه أن يقدمها لهم . فلا شك ان هناك من يحتاجون الى جهد الاخصائى الاجتماعى المخلص والكفء فى نفس الوقت . فهناك المرضى وعائلاتهم الذين يحتاجون الى مساعدة ومساندة عملية نتيجة وجود مريض أو معوق فى منزل ، وهناك الام المصابة بالاكتئاب واطفالها الذين يحتاجون الى رعاية . وهناك المرضى واسرهم الذين يعانون من القلق والاضطراب ، وهناك الخوف من المرض والاعاقة . وهناك حالات العجز والامراض المؤدية الى الوفاة . وهناك من هم فى دائرة الخطر من الاصابة باضطرابات نفسية نتيجة فقدان الاشخاص بالوفاة أو فقدان الوظيفة . وهناك من يحتاجون الى تغيير اسلوب حياتهم . وهناك من يشعرون بالوحدة والاغتراب فى حياتهم ، ومن تعاودهم الامراض المتكررة (٣٣) ... الخ . وكلهم يحتاجون الى عون الاخصائى الاجتماعى .

---

(33) Margaret Eden., Op. Cit., p. 86.

الباب الثــانى

اسهام العلوم الاجتمــاعية والسلوكية

فى الطب والعــــــلاج

الفصـــل الخامس

تعـاون العلوم الاجتمـاعية والسلوكية
فى خـــدمة الطب

اتضح لنا من الفصول السابقة أن هذه الفروع العلمية التى تهتم بمجال الطب وممارساته هى فروع وليدة ، ومع ذلك فان كثافة الانتـاج العلمى فى كل فرع منها قد أخذ فى التزايد نتيجة الحاجة الماسة للاسهام فى هذا المجال الحيوى الا وهو مجال الصحة والمرض . والواقع الذى نواجهه الان هو أن ادراك وضع ودور العلوم الاجتماعية التى تسهم فى مجال الطب يعتبر فى أدنى درجاته سواء على المستوى الاكاديمى أو على مستوى الممارسة الفعليـة للمسائل الطبية . فنحن اذا سألنا من يعملون فى المجال الطبى من الأكاديميين أو الممارسين وكثير من المثقفين عن علم الاجتماع الطبى غريبـا نجدهم قـد سمعوا عن هذا المجال أو شاهدوا هذا العنوان على كتاب لكن وعيهم بالمجال يتسم بالغموض ، بل أن بعضهم سوف يكون خالى الذهن تمـاما . أما اذا سألنا عن الأنثروبولوجيا الطبية فيمكن أن نجد من لا يعرف ماذا تقصد على الاطلاق . ذلك أن البعض يتصور أن الأنثروبولوجيا هى دراسة الحفريات أو انسان ما قبل التاريخ . كذلك فهم اذا سمعونا ننوه الى علم النفس الطبى فسوف يعتقدون أنه التخصص الذى يتناول الامراض النفسية بالدراسة أو التخصص الذى يعالج من يعانون من هذه الامراض . كذلك فان مجال الخدمة الاجتماعية ليس أسعد حظا من المجالات السابقة ، فقـد اكد الباحثون أن الاخصائى الاجتماعى فى عمله فى المستشفى وأثناء تقديمه للخدمات العلاجية والاجتماعية للمرضى تواجهه العديد من المشكلات والصعوبات التى من اهمها عدم تفهم الاطباء وبقية أعضاء الفريق العلاجى لدوره داخل الفريق وذلك

---

(١) د. عادل محمد أنس ، المرجع السابق ، ص ص ٢ ، ٣ .

لعدم وجود دور واضح له ومحدد ومعترف به بالمقارنة ببقية اعضاء الفريق العلاجى ، بالاضافة الى عدم وجود سلطات ادارية مناسبة له تتناسب مع ما لديه من مسئوليات ، هذا بجانب تعقد الإجراءات الروتينية والادارية والتى تتسبب فى تعطيل استفادة المريض من الخدمات المتاحة له بالمستشفى .

والواقع ان من يعملون فى مجال الطب لهم عذرهم فى الوقت الحالى فاغلب التراث المتوفر عن هذه الفروع العلمية — باستثناء الخدمة الاجتماعية — قد كتب معظمه بلغات اجنبية والقليل منه تم نقله الى العربية . كذلك فان التقاليد السائدة فى التعليم الطبى (٢) لم تتضمن حتى الان كثافة فى التاكيد على الدور الذى يمكن ان تلعبه العلوم الاجتماعية فى العملية العلاجية . كذلك فان ندرة الاعتماد على الجانب الاجتماعى فى مواقف الممارسة الطبية على مدى زمنى طويل ، وخلو الميدان تماما من الاعتماد على المتخصصين فى فروع علمية اجتماعية مثل الانثروبولوجيا الطبية قد ساعد على الوصول الى نفس النتيجة .

ولكننا لايجب ان ننكر ان الاعوام الماضية قد شهدت نموا فى الوعى بدور هذه العلوم فى ايجاد متخصصين يمكن ان يسهموا فى جوانب تتعلق بالعملية العلاجية ، بل يمكن ان يقدموا دراسات تؤدى الى تحسين العملية العلاجية ولعل ظروف التحضر قد ادت الى تعقيدات اجتماعية وتنظيمية فى غضون [illegible] ان [illegible] الممارسة الطبية لا يمكن أن تبقى مجرد موقف علاجى جسمى ، ولهذا يمكننا أن نقرر أن المناخ الان أصبح اكثر قبولا لاظهار الدور الاجتماعى فى المجال العلاجى . وعلى من يعملون فى مجال العلوم الاجتماعية والسلوكية ان يبذلوا جهدا جادا صبورا لتحديد دور كل منهم فى عملية العلاج . واذا كانت هذه العلوم تعتبر علوما وليدة — كما سبق وذكرنا — فان المناخ السائد اليوم سوف يساعد على فتح مزيد من الفرص لوضوح الدور ، ويمكننا أن نقتبس هنا ما ذكره دويل جنترى Doyle Gentry عن الطب السلوكى ، فقد ذكر انه اذا كان الطب السلوكى مازال فى مرحلة المهد ، وليس هناك اجماع على تعريف محدد له فلا شك انه يمثل فكرة أساسية قد حان وقتها . ومع ذلك فان نجاحها النهائى يرتكز على ضرورة تعاون العلوم التى لها علاقة بنفس المجال واسهامها بالتساوى من أجل

---

(٢) لن نشير هنا الى أية تفصيلات تتعلق بوضع الدراسات الاجتماعية والسلوكية فى مجال التعليم الطبى اذ اننا سوف نخصص الفصل السادس لمناقشة هذا الموضوع بالتفصيل .

تحقيق الفهم الاكبر للصحة وللمرض (٣) . ويتوقف نجاح العلوم الاجتماعية والسلوكية فى الاسهام فى المجال الطبى على الادراك الواقعى لعدة قضايا أهمها :

قضية الانتماء والعلاقة :

ذلك أن كل فرع من هذه الفروع العلمية ينتمى الى علم أعم ويرتبط بالفروع الاخرى التى تنتمى فى مجال الطب والعلاج . ويجب أن يظل الارتباط البنوى بالعلم الأم لكى يظل التخصص الوليد ينهل من مفاهيم ونظريات التخصص الاكبر . وفى نفس الوقت يجب أن يفيد من التخصصات القريبة منه وهى مجموعة الفروع العلمية التى تكون ما يعرف بالدراسات الاجتماعية والسلوكية أو الدراسات الانسانية . وعلى الرغم من أننا قد أشرنا فى ثنايا كل فصل من الفصول السابقة الى ضرورة الافادة من العلوم الاخرى لكن مازالت هذه النقطة فى حاجة الى ايضاحات يمكن التعرف عليها من خلال المناقشة التالية :

لم يعد الوقت ملائما لان تتنازع العلوم المختلفة الاختصاصات وتعلن انفرادها بدراسة بعض الظواهر . ذلك ان النغمة السائدة الآن فى الاوساط العلمية هى فكرة الدراسة الشمولية وضرورة تعاون تخصصات متنوعة فى دراسة الظاهرة.وقد اتضح لنا من استعراض الموضوعات التى يتناولها كل تخصص انه ليست هناك خطوطا فاصلة بين التخصصات بحيث تحدد لكل تخصص موضوعات لا يتطرق اليها تخصص آخر . فموضوع المؤسسات الطبية مثلا يتناوله علم الاجتماع الطبى من زاوية كما تتناوله الأنثروبولوجيا الطبية من زاوية أخرى . وهناك كثير من القضايا والمشكلات والمفاهيم تتردد فى أكثر من تخصص . وقد ثبت انه يصعب على التخصص العلمى الواحد منفردا أن يتناول بكفاءة وبطريقة شمولية ظاهرة من الظواهر الطبية . ولهذا فاننا نجد اليوم دراسات عديدة يشارك فيها أكثر من تخصص علمى ، والهدف من ذلك الوصول الى نظرة شمولية عميقة تخدم هدف الوصول الى دراسة جادة (٤) .وقد قدمت لنا مثل هذه الدراسات

---

(3) Doyle Gentry, What is Behavioral Medicine, in Social Psychology and Behavioral Medicine, Edited by Richard Eiser & John Wieley & Sons Ltd., 1982, p. 11.

(4) Harvey Branner, Op. Cit., p. 21.

مادة غنية مليئة بتحليلات جديدة مبتكرة تتعلق بالبحث الاجتماعى فى مجـــال الصحة . كذلك اشارت دراسات عديدة الى جدوى التعـــاون العلمى فى دراسة الظواهر الصحية . فقد اشارت مثلا الدكتورة زينب ابو العلا الى ان التغير الذى حدث فى النظرة للمعاقين قد تبدلت من نظـــرة ملؤها الأسى والحزن والالم والحسرة الى نظرة متفائلة ترى امكانية توفير مستقبل مشرق لهم . ورات ان ضمن العوامل التى ادت الى ذلك ـــ بجانب نمو تكنولوجيا ووسائل حديثة ـــ تضافر العلوم المختلفـــة التى تجلى فى ظهـــور كثير من النظريات التربوية والاجتماعية والنفسية التى تهتم بدراسة هؤلاء المرضى بهدف تحسين خدمتهم . وذكرت ان تقدم البحث فى هذه العلوم قد ادى الى مزيد من الوعى بمسألة الفروق الفردية من النـــاحية الجسمية والاجتماعية والعقلية والانفعالية والخلقية (٥) .

ويجب أن ندرك ايضا انه حتى ولو كانت الظاهرة التى نبحثها ترتبط مبـــاشرة بتخصص من التخصصات الا ان العوامل العـــديدة التى تؤثر فى الظـــاهرة يمكن أن ترتبط بتخصصات اخرى . ويمـــكن أن تؤدى الدراسة او يؤدى التشخيص أو العلاج المنفـــرد ـــ دون مراعاة العوامل التى ترتبط بتخصصات اخرى الى أخطاء عديدة ، فعلى الرغم من ان النقص فى القـــدرة العقلية يمكن اعتباره ظاهرة سيكولوجية ترتبط بتخصص السيكولوجى فان عملية تقويم النقص العقلى ليست عمليـــة بسيطة . فعمـــل السيكولوجى لا يمكن ان يقتصر على تاكيد ان الأداء العقلى للفرد اقل من مستوى معين ، بل عليه أيضا أن يؤكد أن هذا الاداء المنخفض ليس نتيجة لظرف طارىء أو لنقص الدافعية اثناء اجابة الفرد على الاختبار ، أو نتيجة لعجز معين يمكن علاجه . فالطفل قد يفشل فى الاجابة على بنود اختبار الذكاء لانه منعـــزل اجتماعيا أكثر مما يحدث ذلك لانه غير قادر على الاجابة . بالاضـــافة الى ذلك فان صعوبات السمع قد تفسر سوء فهمه للتعليمات أكثر مـــا يفسرها عدم قدرته على التعلم . اذن يمكن أن يكون تشخيص النقص العقلى خاطئا اذا لم يأخذ فى اعتباره الظروف العـــديدة المحيطة مثل مشـــكلات التوافق الاجتماعى ، وقدرة الفرد على العناية بنفسه فى بيئته الاجتماعية الخاصـــة ... الخ (٦) .

ونحن نحتاج فى هذه المرحلة الى دراسات مكثفة تحدد منهجيا كيفيـــة تضافر المداخل المختلفة فى دراسة الظاهرة الواحدة ، وتوضح طبيعة التداخل والتعاون بين العلوم المختلفة . وتعتبر هـــذه المهمة صعبة اذ تتطلب دراية

---

(٥) د. زينب أبو العلا ، المرجع السابق ، ص ص ١ ، ٢ .
(٦) جوليان روتر ، المرجع السابق ، ص ٧٨ .

بكل تخصص بجانب أدراك عميق للمفاهيم والنظريات الاساسية ، ووعى بمناهج البحث المتبعة فى كل منها . واذا كانت هذه الدراسات سوف يكون لها الطابع المكتبى الا انها سوف تسهم فى تسهيل مهمة البحوث الميدانية التى يقوم بها فريق متعدد التخصصات .

وعلى الرغم من أن العلاقة بين العلوم كلها لم يتم بحثها بشكل مكثف بل احتوى التراث على مجرد اشارات لطبيعة هذه العلاقة ، فان العلاقة بين علم الاجتماع الطبى والأنثروبولوجيا الطبية قد اشير اليها بطريقة تفصيلية . وسوف يؤدى شرحنا لطبيعة العلاقة بينهما الى ايضاح كيفية دراسة العلاقة بين العلوم وجدواها . فقد اشار من حاولوا تحديد علاقة الأنثروبولوجيا الطبية بعلم الاجتماع الطبى الى أن تحديد العلاقة لا يهدف الى مجرد ايضاح الفروق أو جوانب الاختلاف بينهما ، بل يهدف الى التعريف بالعلاقة السائدة بينهما ، والتنبيه على اهمية التعاون بين هذين الفرعين اللذين يتناولان دراسة ظواهر تتعلق بموضوع الصحة والمرض . هذا فضلا عن أن مناقشة العلاقة بينهما سوف تسهم فى تحديد هوية الأنثروبولوجيا الطبية .

ولعل افضل ما نستهل به مناقشة العلاقة بين الفرعين هو ما ذكره فوستر فى مقدمة كتابه « الأنثروبولوجيا الطبية » ، فقد ذكر أنه على الرغم من وجود فروق بين التخصصين فيما يتعلق بالموضوع والمفاهيم واطار العمل والمنهج ، الا ان هناك العديد من نقاط الالتقاء ، بل أن هناك الارض المشتركة ايضا . واذا كان علماء الأنثروبولوجيا يهتمون بالابعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض فهم لا يمكن أن يتجاهلوا المادة والنماذج المتوفرة والمتاحة فى مجال علم الاجتماع الطبى . ويقول « أن التوجيه الاجتماعى الثقافى الذى يصبغ هذا الكتاب يوضح اننا مدينون الى الفرع الشقيق علم الاجتماع الطبى » .

وقد قام كل من فوستر Foster والسن Olsen سنة ١٩٧٤ بمحاولة لتحديد كل مجال من هذين المجالين ، ولكنهما لم ينجحا فى تحديد الخط الذى ينصل بين التخصصين لا من حيث موضوعات الدراسة ، ولا فيما يتعلق بالاسس المنهجية . وقد رأى فوستر أن الانثروبولوجيين اكثر اهتماما بالمريض اما السوسيولوجيون فهم أكثر اهتماما بالمؤسسة الطبية . وقد انتقده فى ذلك جاك اذ اعتبر ذلك نوعا من المغالاة .

والواقع أن وجهة نظر فوستر ليست صحيحة نظرا لان هناك دراسات اهتم فيها الأنثروبولوجيون بالمؤسسة الطبية أو بوحدات داخلها ودرسوها باستخدام اساليبهم وادواتهم الخاصة . والدراسة التى قدمها مؤلف هذا

الكتاب بعنوان « أنثروبولوجى فى العنبر» فى الفصل الأخير التى توضح اهتمام الانثروبولوجى بالمؤسسة الطبية . وهناك رأى آخر غير رأى فوستر يرى أن الاختلاف بين المجالين يكمن فى أن الانثروبولوجيين يجرون دراساتهم فى المناطق التى لم ينتشر فيها الطب الحديث الامر الذى يطبع دراساتهم بطابع خاص . وانهم يميلون الى دراسة الطب الشعبى والجوانب المعرفية للصحة والمرض ، ويهتمون بالتعرف على الجوانب الثقافية للأوبئة Cultural epidemiology ويفضلون استخدام منهج الملاحظة المشاركة فى دراسة الجماعات الصغيرة فى ثقافات اخرى غير ثقافتهم ، بينما يميل السوسيولوجيون الى الاهتمام بالممارسة الطبية داخل مجتمعاتهم ، وبعلاقة الادوار بين الاطباء والمرضى ، ويستخدمون أساليب البحث المسحية أكثر من غيرها . واذا كان هذا الرأى فيه الكثير من الصحة فان الجانب الذى يجب تعديله فيه هو أن الانثروبولوجيين المهتمين بالصحة والمرض اذ كانوا قد بداوا عملهم بدراسة جماعات غير الجماعات التى يعيشون فيها أو اذا كانوا قد درسوا مناطق لا ينتشر فيها الطب الحديث فان هذا الخط لا يجب الالتزام به وقد تخطى كثير من الباحثين ذلك النطاق الضيق والمحدود — مع انه هام — للدراسة وابتدأوا يهتمون بدراسة ظواهر فى مجتمعاتهم ، بل انهم بدأوا يهتمون بدراسة ظواهر اجتماعية متعلقة بتطبيقات الطب الحديث فى مجتمعات متحضرة . وسوف ندرك من المطالعة السريعة لقائمة الموضوعات التى تضمنتها المؤلفات فى هذا التخصص امتداد اهتمام الانثروبولوجيين الى أكثر من دراسة الطب البدائى ، وموقفهم فى هذا يشبه تماما موقف بقية الانثروبولوجيين الذين بدأوا بدراسة المجتمعات البدائية ثم وسعوا اهتمامهم فشملت قطاعات وظواهر فى المجتمع الحديث .

وهناك رأى ثالث يرى أن تأثر الباحث بالتخصص الذى يعمل من خلاله سواء كان علم الاجتماع أو الانثروبولوجيا) هو الذى يوجهه الى نوعية من الدراسة دون أخرى بحيث أن ما يكتبه فى النهاية يأتى متأثرا بالمفاهيم ومحاور الاهتمام فى هذا التخصص . وعلى سبيل المثال فاذا كان هناك باحثان ميدانيان من كلا الفرعين قد جمعا مادة ميدانية عن طريق الملاحظة والاخباريين ، وكان كلاهما باحثا ميدانيا مدربا تدريبا جيدا فان كلا منهما سوف يعتمد اعتمادا أساسيا فيما يكتبه على مشاركته الشخصية فى البيئة وعلاقة هذه المشاركة بعمليات جمع المادة . ومع ذلك فان المفاهيم الخاصة بالفرعين الابويين (علم الاجتماع والانثربولوجيا) سوف تطبع التقرير الذى سيكتبه كل منهما الى كليته أو الى المهتمين بالخدمة الطبية ، أو المرضى بطابع خاص يميز الواحد عن الآخر . فالباحث السوسيولوجى يمكن أن يبرز فى تقريره مفاهيم سوسيولوجية مثل « الدور » « والضغوط » ، « والتدرج » ، على حين سوف يميل الأنثروبولوجى القائم بالملاحظة الى

الاهتمام بمفاهيم مثل « القرابة » ، « والطقوس » « والطهارة والتلوث » ، والامراض المعدية والاشياء السرية الخاصة بالولادة ، وعلى الرغم من أن وجهة النظر هذه تتضمن الكثير من الصحة والواقع ، الا أن جالك قد انتقدها قائلا ان اهتمام الانثروبولوجيين بالقرابة والطقوس والمعتقدات لا يرجع فقط الى العلم الذى ينتمون اليه بقدر ما يرجع الى خصائص وطبيعة المجتمعات التى يدرسونها .

والواقع أن الباحث فى أى فرع من الفرعين يتأثر ولا شك بالتراث والمفاهيم والاهتمامات الاساسية التى يعمل فى ظلها كل من ينتمى الى هذا الفرع من الدراسة ، ولكن الباحث المدقق - سواء كان ينتمى الى علم الاجتماع و الانثروبولوجيا لابد وان تؤدى رؤيته المتعمقة للواقع ، مع حرصه على تقصى حقائق الامور ، واعطاء الاهمية المناسبة لكل ظاهرة اجتماعية أو عامل اجتماعى مؤثر ، هذا مع تجنب التحيز لنظرية معينة او الانطلاق بفكرة مسبقة يريد تطبيقها على المجتمع ، كل هذا سوف يؤدى باى باحث الى أن يركز على الجوانب الهامة سواء كانت منتمية للتخصص الذى يعمل من خلاله أو للتخصص الآخر ، ولعل هذا ما يؤكد أهمية التعاون بين هذين الفرعين ، ويؤكد اهمية العمل كفريق اذ ان الباحث المدقق المحايد يستطيع أن ينفذ الى العوامل المؤثرة والظواهر الفاعلة ، فهو - لانه مدقق - سوف ينفذ الى الحالة ، ونظرا لانه محايد سوف يستطيع ان يعلن عن أهمية ظاهرة أو عامل مؤثر حتى لو كان لا يمثل موضوع اهتمام فى تخصصه وحتى اذا كانت المناهج والادوات اللازمة للدراسة غائبة عنه ومتاحة بالنسبة للتخصص الآخر ، فى هذه الحالة سوف يلجأ للمتخصص فى الفرع الآخر ، وهذا ما يؤكد طبيعية وضرورة التعاون بين الفرعين .

والرأى الذى يجب أن نؤكد عليه - بالاضافة الى الآراء التى تشير الى تقارب المجالين - أن الانثروبولوجيا الطبية هى اخت شقيقة لعلم الاجتماع الطبى بحكم انتماء كل منهما للتخصص الاكبر « علم الاجتماع العام » « والأنثروبولوجيا العامة » . وان الاسهامات التى يقدمها كل فرع منهما سوف يفيد منها الفرع الآخر . واذا كان من يشتغلون بعلم الاجتماع أو الانثروبولوجيا قد أدركوا اهمية المزاوجة بين الفرعين (خاصة فيما يتعلق بمناهج البحث) فى بحث قضايا مجتمعات كثيرة ومنها مجتمعنا ، فانهم سيدركون أهمية ذلك ايضا عند تناول مشكلات وقضايا الصحة والمرض وذلك بسبب تلاحم الجوانب الاجتماعية والثقافية المؤثرة فى هذه الظواهر .

ونود أن نشير أيضا الى أن من يتخصصون فى هذا الفرع سوف يجدون انفسهم فى حاجة الى الافادة من - وأحيانا العمل مع - متخصصين فى فروع علمية أخرى - خلاف علم الاجتماع الطبى - مثل الصحة العامة ،

والامراض المتوطنة ، وتنمية المجتمع المحلى ، والخدمة الاجتماعية الطبية ، والانثروبولوجيا البيولوجية والفيزيقية . (٧) .

قضية المنهج الملائم للبحث والخدمة الطبية :

لا يمكن أن تتقدم العلوم الاجتماعية فى مجال خدمة المرضى الا من خلال تطوير منهج ملائم لاجراء البحوث وتحديد أساليب مناسبة للاسهام فى العملية العلاجية . ومن الطبيعى أن يرتبط كل فرع علمى من الفروع التى قدمناها فى الاربعة فصول الاولى بمناهج البحث والاساليب الميدانية السائدة فى التخصص الام ، ولكن يحتاج الامر الى بعض التعديلات والاضافات ، فالمقابلة تستخدم كطريقة للحصول على المعلومات فى البحوث وطريقة فى العلاج سوف تختلف فى تفصيلاتها أو على الاقل تتنوع أساليبها فى حالة اجراء المقابلة مع المرضى عن اجرائها مع مجموعة من عمال الصناعة . وسوف تؤدى التعديلات المنهجية والاضافات الملائمة للعمل البحثى والخدمى فى المجال العلاجى الى تسهيل اجراء البحوث وضمان صدق وجدية نتائجها كما تؤدى الى تحسين التدخل الاجتماعى فى العمل العلاجى . ويلاحظ أن اهتمام البحوث بالجوانب المنهجية سوف يؤدى الى الوصول الى حلول للمشكلات المنهجية التى تظهر فى بحث الظواهر الطبية . وسوف نحاول هنا أن نقدم المنهج الانثروبولوجى كمثال نركز فيه على المسائل المنهجية التى تتعلق بالبحوث الميدانية التى تجرى على المرضى [illegible] هذا المثال الفرصة للتعرف على كيفية تقديم خدمات للمرضى أثناء جمع المادة العلمية مع محاولة حل المشكلات المنهجية التى تنتج عن هذا الموقف .

من المعروف أن للعمل الميدانى أهمية قصوى فى الدراسة الانثروبولوجية . واذا كانت مناقشة العمل الميدانى فى أى فرع من فروع الدراسات الأنثروبولوجية تعتبر ضرورة ، فان مناقشتها — ونحن نقدم الانثروبولوجيا الطبية كفرع حديث النشأة نسبيا — تبدو اكثر اهمية نظرا لأن موقف الأنثروبولوجى يكتسب حساسية خاصة اذا ما تطرق الى موضوعات خاصة بالصحة او المرض . ونظرا لان الانثروبولوجى يمكن أن يفيد من الارشادات والتوجيهات التى تزخر بها الكتابات عن المنهج فى الانثروبولوجيا ، وخاصة ما تعلق بالعمل الميدانى ، فاننا سوف نقتصر هنا —

---

(٧) د. نبيل صبحى حنا ، الانثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر ، مرجع سابق ، ص ٥٧ — ٦٠ .

فى هذا النطاق الضيق على مناقشة بعض مشكلات وصعوبات العمل الميدانى التى تواجه من يعمل فى هذا الفرع بصفة خاصة .

ولعل أولى المسائل أو المشكلات التى يمكن أن نناقشها هنا مشكلة العلاقة بين البحث وبين الضرورة التى تحتم على الأنثروبولوجى أحيانا التدخل الى حدود معينة أى بين الجانب العلمى والجانب الاخلاقى ، كذلك مشكلة العلاقة بين الجانب العلمى والجانب العاطفى . وفى هذا الصدد هناك اتجاهان : اتجاه يأخذ بمبدأ عدم التدخل ، فينظر البعض لتدخل الانثروبولوجى فى المشكلات الصحية بالاخباريين نظرة سلبية فيرونها خرقا للقانون الذى يجب ان يلتزم به الانثروبولوجى وهو مبدأ عدم التدخل ، على حين ينظر البعض الآخر لعمليات التدخل على أنها أساليب استراتيجية لاسترضاء الاخباريين والتوصل الى حالة المشاركة الحقيقية والصادقة فى حياتهم ، تلك التى يصعب تحقيقها حينما تكون هناك فروق بين المستوى الاقتصادى ونوعية الاهتمامات المتعلقة بالباحث وتلك المتعلقة بالاخباريين ، هذه الصعوبة تعوق عملية المشاركة فتجعل من الصعب على كل منهما أن يشارك فى حياة الآخر . ومع ذلك ففى حالة الاهتمام بالجوانب الصحية يمكن تخطى هذه العقبة والتغلب عليها نظرا لأن مبدأ المشاركة يتطلب أن تتحقق اذا كانت هناك اهتمامات مشتركة بصرف النظر عن كم التفاوت فى جوانب أخرى ، فالاهتمام بالجانب الصحى (الاهتمام بصحة الجماعة موضوع الدراسة) يمكن أن يمثل اهتماما مشتركا بين الباحث والجماعة . وعلى الرغم من أن الاختلاف فى المستوى الاقتصادى يمكن أن يكون به بعض الاثر فان المشاركة الصادقة فى هذا المجال يمكن أن توجد أيضا . وبالفعل سجل كثير من الباحثين قدرتهم على المشاركة الحقيقية بسبب اهتمامهم الشديد الذى ظهر للناس بصورة طبيعية — وهذا يرجع الى أن الاهتمام كان طبيعيا وليس مفتعلا — وقد مكنهم هذا من أن يعرفوا كل تفاصيل الموقف الذى يريدون دراسته من الاخباريين وذلك بعد أن أصبحوا ينظرون اليهم (للأنثروبولوجيين) على انهم أصدقاء يهتمون بحالتهم الصحية . وقد سمح لبعض هؤلاء أن يدخلوا المستشفى مع الاخباريين المرضى . وأن يستفسروا عن كل شيء ذلك انه كان ينظر للأنثروبولوجيين فى المستشفى على انهم أولياء أمور الاخباريين . وبجانب أن هذه اللحظات كانت تعتبر بالنسبة لكل أنثروبولوجى لحظات ثمينة من وجهة النظر الانسانية فقد سمحت للأنثروبولوجى ، كشخص خارجى ، أن يحظى بفرصة الملاحظة داخل المؤسسة نفسها عن قرب يندر أن يتوفر لغيره .

على الرغم من قيمة هذه اللحظات فان القليل من الانثروبولوجيين هم الذين اهتموا بوصفها ، ويقول جاك أن هذا ليس غريبا ، فهذه اللحظات

هى التى يمسك فيها الأنثروبولوجى عن الملاحظة ويصبح شخصا مندمجا فى الموقف . وقد تساءل أحد الباحثين الميدانيين قائلا « ماذا يفعل الانسان عندما يجد أن الشخص الذى يجمع منه معلومات أصبح صديقا ؟ أنه من الصعوبة بمكان النظر الى الصديق على أنه عبارة عن حالة ندرس تاريخها . وهذا يوضح أن هناك تناقضا فى الملاحظة المشاركة (برغم أنه تناقض ظاهرى وليس حقيقيا) ؛ فهناك قضية تقرر « ان الملاحظ لا يشارك ، وأن المشارك الحقيقى لا يلاحظ » ، واذا كان ذلك يبدو لاول وهلة الا أن بذل الباحث لقليل من الجهد الشخصى سوف يمكنه بعد ذلك بفترة من وصف وتحليله لحظات المشاركة الصادقة . فبعد هذه الاوقات يمكن اجترار الخبرة الميدانية وكتابتها فى صورة وصف للمشاركة الصادقة وتحليل للموقف وللظواهر التى توجد فيه .

وقد تضمن الكتاب الذى أصدره جاك بعنوان « البحث عن السنة » محاولتين ممتازتين لبيتزبرجن وتشبنيك لوصف وتحليل الاندماج والمشاركة الكاملة فى حياة الاجباريين (٨) . فقد قدم كل منهما تقريرا

---

(٨) يقع بعض الانثروبولوجيين فى خطأ يمكن أن نسميه خطأ التظاهر بالمشاركة أو انتحال المشاركة فى المواقف . ذلك انهم يتكلفون المشاركة لانهم يجدونها واجبا والزاما فى البحث الانثروبولوجى وهذا كاف وحده بألا يجعل المشاركة عملية طبيعية . وعلى الرغم من أن المشاركة أساسية فى البحث الانثروبولوجى ، وحتمية فى حالة الرغبة فى الحصول على معلومات معينة . الا أن المشاركة لمجرد تحقيق شرط المشاركة يقلل من شأنها ويضعف من قدرة الباحث على استغلالها للحصول على معلومات تتم أو تتحقق على أفضل نحو اذا كان لدى الباحث رغبة فى تحقيق هذه المشاركة . وينبع ذلك من تقييمه للناس واحترامه لهم مهما تصور انهم أقل منه شأنا أو كانوا مختلفين عنه وسوف يحترم الناس هذا الاتجاه ويقدرونه أما اذا كان يتظاهر بذلك فقط فسوف يدرك الناس أن مشاركته مفتعلة . واذا كان ذلك مطلوبا من أى باحث أنثروبولوجى ، فان الباحث فى مجال الانثروبولوجيا الطبية يحتاج — اكثر من غيره — أن يتوفر لديه هذا الاهتمام الطبيعى وهو فى نفس الوقت معرض — أكثر من غيره — لأن يفتقد هذا الاهتمام بسبب المجال الذى يعمل فيه والذى يمكن أن يصاب فيه ببعض أنواع التأفف من المرضى أو الرغبة فى الابتعاد عنهم تجنبا للاصابة بالمرض . وسوف تظل عملية الموازنة بين محاولة الباحث تجنب الاصابة بالمرض أو بالمتاعب الصحية والنفسية — وهى حقه المشروع — وبين المشاركة المطلوبة منه واهتمامه بالناس ، أمرا يحتاج الى تفكير مستمر ، وفى بعض الاحيان يحتاج الى تضحية .

تبصليا للأحداث المجزنة فى التاريخ المرضى لحدث من الاحداث ، وهما لم يقصدا أن يقدما للقارىء عرضا نظريا للمشكلات الصحية القائمة فقط ، ولكنهما قصدا أن يقدما أيضا الاحساس العاطفى الذى يرتبط بهذه الخبرة ، الامر الذى بدونه لا يمكن فهم المشكلات القائمة إلا فهما قاصرا ، فالقلق واليأس والاحساس بعدم الامن والقدرية كلها تؤدى دوراً وتسهم فى الحلقة المفرغة التى يدور داخلها المريض . ويصف فان بينزبرجن السنوات الاولى من ابن مساعده فى البحث فى زامبيا ، فبعد أن ولد ولادة عسرة ليصبح عرضة للمرض ، وقد بذل بينزبرجن مع زوجته كل ما فى وسعهما ليبقى الولد حيا بسبب علاقتهما مع والده . وكان عليهما فى بعض الاحيان أن يقوما بدور فعال كاعطاء الطفل دواء أو أخذه الى المستشفى . وفى احيان أخرى عندما كانا يجدان أن الطب الشعبى أو الطقوس أو الشعائر هى الملائمة ، كان عليهما أن يتخذا موقفا سلبيا مهادنا . والتقرير الذى كتبه بينزبرجن عن دراسته كان يهدف الى شيئين . الشىء الاول تقديم دراسة حالة توضح الطبيعية المعقدة لسلوك الناس الصحى ، وتحاول تحليل متضمناته المعقدة ، والشىء الثانى وصف موقف العمل الميدانى الذى اتضح منه أهمية التضافر بين القيم الانسانية والعلمية بدلا من الصراع بينهما . لقد اتضح ان الجوانب الاخلاقية والمنهجية توجد بينهما أرض مشتركة ، وهذا ما أثبتته بحوث كثيرة .

أما تشينك فتصف كيف عاشت التجربة وانخرطت هى وزوجها فى حالة البؤس التى ادت الى مرض صبى فى الثانية عشرة من عمره كان يقيم فى المدينة الهندية . وقد حالت الاختلافات الطبقية مع حالة الفقر المدقع دون أن يعالج الصبى طبيا . وبمجرد أن بدأ الباحثان الميدانيان يعملان من اجله شكلت ، اولهما المشاركة فى المشكلات الصحية للصبى ، والخيرة مشاركتهما الاساسية والمكثفة فى حياة الناس . وقد بدأ أولا كتابة خطابات لمن يريد أن يكتب لهما خطابات ، ومساعدة من يطردون من أعمالهم أو منازلهم ، ومع ذلك فان الوقت الوحيد الذى تدخلا فيه بنجاح كان هو حالة الصبى المريض . أما جوانب الحياة الاخرى ، وخاصة تلك المتعلقة بالمسائل السياسية والاعتبارات الطبقية والفقر وعدم المساواة الاجتماعية التى كانت هى هدف وبؤرة البحث فقد تمت فيها مشاركة قريبة ولكنها لم تكن بنفس القرب الذى تم بالنسبة للمشاركة فى الجوانب الصحية . وبصفة عامة أصبح التدخل والانخراط فى المشكلات الصحية ذات أهمية بالنسبة لهما من الناحية العلمية والعاطفية معا .

اتضح لنا من التقارير الميدانية التى تحدثنا عنها أن هناك ارتباطا بين الجانب العلمى وبين الجانب العاطفى فى المشاركة . واذ كان هذا

يصدق على كثير من مواقف المشاركة فى الأنثروبولوجيا بصــفة عامة الا انه يصــدق اكثر على موقف المشــاركة فى دراسة قضايا الصـحة والمرض . بل اننا يمكن ان نقرر أن المشــاركة الوجدانية ضرورة لكى يستطيع الباحث أن يشــارك بصدقولكى يستطيع ان يتغلب على معوقات وصعوبات العمل مع الناس فى المجال الصحى وخاصة المرضى . فالانفعال بمشــكلات الناس يجعل العمل معهم هواية وليس واجبا ، وهــذا يقلل من الاحســـاس بالملل أو التعب .

ولكن يجب أن نؤكد أن التداخل بين الجانب العــاطفى والاخلاقى وبين الجانب العلمى له جانبه الايجابى ، وله ايضا جانبه السلبى . وهذا ما يجب ان يعيه الباحث . والجانب الايجابى واضح اذ ان الباحث فى هذا التخصص لابد أن يكون مدفوعا اساسا بالاحساس بوجود مشكلة يجب بحثها من أجل التوصــل الى نتائج تتعلق بالحفاظ على صحة الناس ، أو اعــادتهم الى الحالة الصحية السليمة اذا كانوا مرضى . إكاد أقول انه بدون توافر هــذا الدافع الضرورى يصعب أن ينفعل الباحث بالموضــوع ويجتهــد فى بحثه . ولا يتوقف الامر عند هذا الحد . فالعمل مع المرضى نفسه يتطلب جانبــا انفعاليا عاطفيــا ، ويتطلب قربــا واحساســـا بالمعــاناة التى يشــعر بهــا المريض . هــذا يساعد الباحث على أن يكــون أكثر عمقا فى تحليل موقف المريض ، وعلاقته بغيره من الناس ، واكثر قــدرة عــلى التفكير فى كيفية الاسهام فى تغيير بعض معالم الموقف العــلاجى (مثل احداث تعديلات فى الادوار وطرق أدائها) بما يعــود عــلى المريض بالنفع . بجانب هــذا فان انفعــال الباحث بمشكلات المريض ومحاولته الاســهام فى حلها لا يجعل موقف الباحث موقفا نفعيا فقط يحصــل فيه على المعلومات التى يريدهــا ، بل يصبح الموقف موقف تبــادل منفعة ، واذا شــعر المريض أن هناك من يعنى به ويبحث عن مشــكلاته فان هذا سوف ينعكس — بلا شك — على ايجابيته مع الباحث ويؤدى فى النهاية الى اخراج بحث واقعى قيم .

أما الجانب الســلبى — وهو الذى يجب أن نكون عــلى حذر منه — فهو خطر أن تؤدى المشــاركة الوجدانية الى التورط فى الانحياز الى طرف من الأطراف (غالبا ما يكــون التحيز الى جانب المريض . أو اتخاذ موقف — يؤدى الى حجب الرؤية الصحيحة لبعض التغيرات الفاعلة فى الموقف ، أو الى أن يعتقد الباحث ان المشاركة تعنى التباكى عــلى سوء الاحوال أو ســـوء التنظيم وكفى . فاذا كان الأمر يتوقف على مجرد التباكى على شخص لم يتلق العلاج اللازم له ولم يعــامل بطريقة إنسانية فسوف نكون مشاركين . لكننا لسنا باحثين . واذا تطرق بنا الحديث مع الاخباريين الى موضوعات تتعلق بسوء التنظيم فى الوحدات الصحية . أو بضعف الامكانيات أو عــدم

وجودها ، وطال هذا الحديث شعرنا بالتعب واكتفينا بمجرد النقد فاننا نكون قد ساهمنا فقط فى ان نلعن الظلام ولم نحاول أن نشعل شمعة . واذا شاركت باحثة فى المعاناة والآلام التى تعانى منها مريضة بالسرطان ، وعاشت معها اللحظات الأخيرة وعاينت موتها فسيطرت عليها روح الحزن وعوقتها عن رؤية وتحليل الموقف بهدف الخروج بتوصيات ينتفع بها الاحياء فانها تكون بذلك قد دفنت بحثنا مع المريضة المتوفاة . ان المعاناة والانفعال لا يمكن ان ننكرهما على الباحث ، والباحثين كأفراد مختلفين فى درجة انفعالهم واندماجهم ، ولكن العقبة الاساسية هى أن يستغرق تماما فى الموقف فيعميه هذا عن رؤية الموقف ككل وعن رؤيته بطريقة صادقة . واذا كان الانفعال بالحزن مع المريض الى درجة الاستغراق يمثل عائقا للبحث . فان التعود على الاحساس بالالذة فى النقد (أى نقد الاوضاع الخاطئة وتصور الخدمة والمعاملة غير الانسانية فى الوحدات الصحية) يمثل أيضا خطورة كبيرة اذ أن بعض الناس يتلذذون بمجرد اجترار النقد والتندر بالمواقف والاحداث فى جلسات طويلة تفقدهم القدرة على رؤية الجوانب الايجابية . والتعود على النقد — اذا كان معوقا للبحث — فهو جرثومة تجهض جهد الانسان فلا تعود لديه طاقة لأن يفكر فى تحسين المواقف التى ينتقدها . ويجب أن ننوه الى أن الباحث فى هذا التخصص سوف يظل فى حاجة فى كل موقف الى أن يضع نصب عينيه انه باحث بجانب انه انسان لكى يستطيع أن يعود الى الوقوف خارج الموقف بعد فترة من الاندماج فى الموقف ، ولكى يستطيع أن يمسح عينيه بعد الخروج من خبرة الاندماج لكى يتمكن من اعادة تقييم المواقف والادوار التى حكم عليها وقيمها وهو داخل الموقف ، فربما تكون عيناه قد تلونت بلون آخر أثر على رؤيته للظواهر . وهذه مهمة تحتاج الى مزيد من التدريب على الدخول فى الموقف والخروج منه والتأمل فيه — الخ .

.

. .

والمسألة الاكثر تعقدا وأهمية بحيث يجب أن نناقشها فى هذا المجال أن الاشخاص المكونين لمجتمع الدراسة أحيانا ينتظرون أن يتلقوا مساعدة طبية — من أى نوع من الانثروبولوجى طالما أنه يبحث عن الصحة والمرض . وقد ظن الناس أن الباحثين الميدانيين الذين يحملون معهم بعض الادوية أطباء . وقد ذكر احد الباحثين الذين عملوا فى الباسفيك ما يأتى « كنت أجد دائما صعوبة فى أن أشرح لهم انه على الرغم من أنى (دكتور) لكننى لست طبيبا » .

وقد كان للباحثين اتجاهات مختلفة نحو هذه المسألة انعكست على سلوكهم ومشاركتهم فى العمل الميدانى سوف نشرحها ثم نعلق عليها لكى

يتضح المنهج الذى يجب أن يسير عليه الانثروبولوجى فيما يتعلق بهذه المسألة . فقد حمل بعض الانثروبولوجيين الاسعافات الطبية والادوية الى مجتمع الدراسة ، بل ان منهم من برز وجوده فى قرية الدراسة عن طريق المساعدة الطبية التى كان قادرا على تقديمها . وعلى الرغم من أن هذا الباحث قد شعر هو وزوجته ان الناس قد أرهقوهما واستغلوهما الى أقصى حد الا انهما أوضحا كيف استطاعا أن يشاركا مشاركة كاملة فى المشكلات الصحية الخاصة بصبى هندى ، وقد كان ميدلتون (Midditon) يقدم خلال فترة عمله الميدانى فى أوغندا سنة ١٩٧٠ الادوية من الساعة السابعة حتى الساعة الثامنة كل صباح . أما بوهنان (Bohnan) وزميله فقد كانا يقدما الادوية والعلاج فى أوقات محددة فى اثناء النهار وعندما حدثنا الاند (Alland) عن دراسته الميدانية التى أجراها فى ساحل العاج ذكر انه قضى وقتا طويلا من فترة العمل الميدانى يقدم الاسعافات الاولية ، وخاصة لعلاج الاطفال من الامراض المتوطنة المنتشرة فى البيئة .

ويوجد فريق آخر من الانثروبولوجيين لم تكن لديهم رغبة فى تقديم مساعدات طبية ، ولكنهم شعروا منها أنهم يجب أن يقدموا شيئا فى مقابل المعلومات التى يأخذونها من الناس ، فقدموا مساعدات أخرى تشبه الخدمات البسيطة التى يؤديها الانثروبولوجى لمجتمع الدراسة مثل توصيل الناس بسيارته الى الاماكن التى يودون الذهاب اليها ، وتقديم الهدايا ، وأخذ صور فوتوغرافية وتقديمها اليهم . أو استخدام الانثروبولوجى لنفوذه واتصالاته للوساطة للاخباريين لدى الجهات الحكومية وغيرها .

أما الفريق الثالث فقد اتبع أسلوبا مختلفا ، وهو الاكتفاء بالاسهام فى المشكلات الصحية « من الخارج » . بمعنى أن يقدم الانثروبولوجى خدمات تؤدى فى النهاية الى تحسين صحتهم أو تغلبهم على معوقات وصول الخدمات الصحية اليهم بدون أن يتدخل الانثروبولوجى فى عملية العلاج . وهناك العديد من الامثلة لهؤلاء الذين حاولوا توفير وسيلة مواصلات لتوصيل الناس الى المستشفى . والبعض منهم ضحى تضحية كبيرة فى ذلك . فقد أدى الخدمة بطريقة مضحية لم يسبق لغيره أن فعل مثلها . ونفس الاند الذى ذكرنا أنه قدم بعض الاسعافات الطبية — حاول هو الآخر اخذ المرضى ذوى الحالات الحادة الى المستشفى . غير أن التراث المسجل عن أعمال الانثروبولوجيين فى المجال الطبى يوضح لنا فشل بعضهم — خاصة فى المجتمعات التقليدية عن تقديم الخدمة « من الخارج » فقد سجل البعض فشلهم فى التدخل لاقناع الناس بالذهاب الى المستشفى ، فذكرت لورا بهنان ميلار كيف أنها شاهدت موت احدى السيدات التى كانت عزيزة جدا عليها ، ولم تقدر أن تفعل أى شىء تساعدها به .

وكانت المشـــكلة هي الثقة في الطب التقليدي . ولكن عندما اشتد المرض وبلغ بالسيدة مرحلة حرجة حاولت لورا أن تشـــجع اقاربها على أن يسمحوا لها بالذهاب الى المستشفى ولكن ذهب جهدها سدى ، وماتت السيدة .

وهناك فريق رابع تلقى تدريبا طبياً مكنه من أن يقدم الخدمة الطبيـــة وهو واقف عـــلى أرض صلبة وفي نفس الوقت يجري دراسة أنثروبولوجية . من بين هؤلاء جولـــد الذي تلقى بعـــض التدريب الطبي قبـــل أن يصـــبح انثروبولوجيا ، فقد أصبح طبيبا معروفا في المجتمع المحلي الهنـــدي الذي أجـــرى فيه دراســـته الميدانية ، وفضل كثير من الناس أن يلجأوا اليه عن أن يلجأوا الى الاطباء الرسميين وذلك بسبب شـــدة اهتمامه الشخصي بهم . وقـــد طلب منه بعضهم أن يأخذهم بنفسه الى أطباء يعرفهم شخصيا . وقد استطاع لويس (Lelwis) أن يؤسس ســـنة ١٩٥٥ مركزا طبيا مع طبيب آخر . أما فنتربرجن (Van Binsbergen) فقد شجع الناس على جمع المـــال اللازم لاقامة عيادة طبية في المنطقة التي يعمل فيها (٩) .

والواقع أنه يجب على الباحث في هـــذا المجـــال أن يمتنع تماما عن تقديم أي علاج ان لم يكن قد تلقى تدريبا رســـميا ويحمل مؤهـــلا طبيا أيـــا كان . فمحاولة التطـــوع بتقديم الدواء أو العلاج بدون خبرة أو ترخيص تعني ارتكاب مخالفة أخلاقية وقانونية ، ويمكن أن يكـــون لها تأثير خطير بعيد المدى على من يقدم لهم العلاج . ولهذا يجب أن يوضح الباحث الميداني للناس بوقته وانه ليس طبيبا [illegible] ويمكن أن يســـتبدل ذلك بأنواع المساعدات التي لها علاقة بالجانب الصحي مثل [illegible] الى المستشفى ومتابعة [illegible] الطبيب [illegible] وما الى ذلك [illegible] اتبعه من عملوا في هذا الميدان في بحوث سابقة .

ومن الصعوبات التي تواجه الانثروبولوجي في هذا المجال نقص الخبرة والمعلومات الضرورية لتحقيق الفهم الصـــحيح للظواهـــر فالذين يعملون في الانثروبولوجيا معظمهم — ان لم يكن كلهم — لم تلقـــوا تدريبـــا طبيـــا . وليست لديهم معلومـــات علمية مكثفة عن مســـائل الصـــحة والمرض . لهذا تعترض من يتطرق منهم الى هـــذا المجال لصعوبة في فهم بعض الظواهـــر والمفاهيم والمصـــطلحات . وهذا ناتج عن أن التخصص له وجهـــان وهمـــا

---

(9). Sjaak van der Geest & Klass W. van der veen. In Search for Heelth. Anthropologisch, Sociologische Centrum. Universitéit von Amsterdam, Amsterdam, 1979, pp. 5-9.

وجهـان لعملة واحدة ، وجه اجتماعي ثقافي — وهـذا لا توجد مشـكلة بخصوصـه طالمـا أن معظم من يعملون في هـذا التخصص لهم خلفية في الانثروبولوجيا الاجتماعيـة أو الثقافية — ووجه طبي يرتبط بالتراث الطبي الزاخر بالدراسات والابحـاث التي يصعب على من لم يتخصص في هـذا المجال أن يفهمها أو يألفها ، بل يتطلب الامر تدريبـا أو يتطلب فترة ينبغي أن يحصل فيها الفرد على بعض المعلومـات التي تفيده في فهم الظواهر التي يدرسها . وبناء على ذلك فان هناك ضرورة لان يكرس كل من يتخصص في هذا النوع من الاجتماعيين والمشتغلين بالدراسـات الانسـانية وقتا لكي يتعلم أساسيات ربما تدرس في كليات الطب أو المعاهد الصـحية شأنه في ذلك شـأن المتخصص في الأنثروبولوجيا الفيزيقية الذي يحتاج الى حد أدنى من المعلومات عن التشريح لكي يسـتطيع أن يمـارس عمله بكفـاءة . وعلى ذلك يجب أن تتاح الفرصة لهؤلاء للانتظام ولو كمسـتمعين لبرامج دراسية تقدم في كليات ومعاهد طبية . وسـوف يختلف البرنامج المناسـب لباحث عن البرنامج المناسب لباحث آخر بحسب الموضوع الذي يهتم به كل باحث .

وترجع ضرورة هـذا التأهيل أيضا الى أن هناك مفاهيم أحيانا تستخدم في هـذا التخصص مستعارة من المجال الطبي . ولابد للباحث أن يتعـرف على معنى المفهوم واستخدامه في العلم الأم . وعلى سـبيل المثال استخدم مفهوم Cultaral epidemiology في أحد كتب الأنثروبولوجيا الطبية . واذا كانت كلمة Culturea هي كلمة مستعارة من مجـال الطب وتعني « علم الاوبئة » ويلزم للأنثروبولوجي لكي يفهم معنى هذا الاصطلاح وما يعنيه أن تكون لديه فكرة عن بعض المصطلحات الطبية وما تعنيه .

ولنأخذ مثالا آخر لأهمية الدراسـة بالمفاهيم والمصطلحات السائدة في المجال الطبي وهو ما يتعلق بتلك المصـطلحات المستخدمة داخل المؤسسات الطبية . ففي مجتمعنـا المصرى مازال التعليم الطبي باللغـة الانجليزية . ومازالت هذه اللغة هي لغة التخاطب داخل المؤسسة الطبية فيما يتعلـق بالتخاطب المهني بالذات . واذا كانت هـذه هي لغة الاطباء فان المرضات أيضـا — وخاصة خريجـات المعاهد العليـا للتمريض — يتعـاملن بنفس المصطلحات . فاذا كان هناك أنثروبولوجي يدرس ظواهر داخل مستشفى ، في عنبر أو في حجرة عمليـات ، في الاسـتقبال فانه يحتـاج أن يعـرف مسميات الأشـياء بنفس اللغة التي يستخدمونها . وعلى سبيل المثال فانهم يطلقون الحرفين OR على حجرة العمليات (اختصار للكلمتين Operation Room) ، فعندما يتحدث اليه طبيب أو ممرضـة فسوف يستخدم هـذين الحرفين ، ويجب أن يفهم الباحث ماذا يقصد من يكلمه لانه اذا حـاول أن

يتساءل عن معنى كل كلمة تقال له فان ذلك سيؤدى الى ملل من يتحدثــون اليــه .

وترجع أهمية وجود خلفية طبية عند الباحث الى أن نقص المعلومات الطبية الصحيحة يمكن أن يؤدى به الى أن يسىء فهم المواقف والظواهــر ، وبالتالى سيفسر تفسيرات خاطئة ، بل يمكن أن يســتمع شــكاوى تتعلق بتفسير المرضى لظواهر تتصل بسوء صحتهم على أنه ناتج عن سوء الخدمة الطبية وهى فى الواقــع تكــون ناتجة عن عوامــل أخرى ليست للبــاحث دراية بها . ليس معنى هــذا أنه يجب أن يصــبح البــاحث عالمــا فى الطب ، ولكن حدا ادنى من المعلومات ضرورى لاجــراء بحثه خاصـــة فى المجــال الموضوع الذى يبحثه فيه . وســوف نظل قدرة الباحث على التحليل والتفســير ضــعيفة طالمــا انه فاقد لهذا الجانب ، بل أن مشــاهداته يمكن أن تتأثر عن الخيال بصورة جوهرية . ولهذا إذا لم يتوافر هذا التأهيل فسوف تظهر فى هذا المجال بحوث سطحية ، أو قاصرة عن أن تمتد بجذورها إلى مزيد من تحليل الجوانب الطبية الاجتماعية . والأمر يحتاج الى عملية تكريس يتعلم فيها الباحث ويبذل الجهد ويقضى الوقت لكى يفهم قبل أن يفسر ويحلل ويبدى الرأى .

أما المشكلة الاخيرة التى نناقشــها هنا فهى مشــكلة تتعلق بظــروف العمل . فالأنثروبولوجيين الذين يجرون دراســاتهم الميدانية فى مناطــق نائية لا تتوفر فيها الخدمات الصحية ، أو تعجز الخدمات الموجــودة بالفعل فيها عن الوصــول اليهم بسبب عوائق جغرافية أو بسبب عوائق خاصـــة بوســائل المواصــلات ، أو حينما تتأخر عملية اســعافهم ، أو حينما لا تفى الامكانيات والخبرات الطبية الموجــودة فى هذه الاماكن ــ وهذا هو الحــال دائما ــ عن أن تســهم بسرعة فى اسعاف الحالات الطارئة خاصـــة فى حالة الامراض الحادة والطارئة أو التى تتطلب رعاية طبية خاصـــة ، فى هــذه الحالة غالبا ما يصبح الأنثروبولوجى فى مأزق خاصة فيما يتعلق بتعطيل عمله الميدانى (١٠) . ولهذا تمثل الاصابة بالمرض تحديا له ، ويحدث ذلك بسبب

---

(١٠) لوحظ فى بعض التقارير الأنثروبولوجية أن البــاحثين يحرصون على ذكر ما أصابهم ، من أمراض ، وما تحملوه من متاعب ومن معناة . ويتضح من بعض هذه التقارير أن الباحث كتب ذلك من قبيل المباهـــاة بما تحمله فى سبيل البحث من متاعب أو للمباهاة بجسارته . والواقع اننا يجب أن نبتعد عن ذلك تماما ، فالدراسة الجادة القيمة تشهد لنفســها بدون حاجة من صاحبها أن يشرح ما تحمله من معاناة . وعلى ذلك فخبرات المرض وغيرها =

عوامل كثيرة منها انهم يذهبون ويعيشون فى بيئات لم يتعودوا عليها لهـــذا تواجههم مشـــكلات تتعلق بالمناخ والغذاء والصحة والاقامة . واذا كانت الاصابة بالمرض تعتبر تحديا للانثروبولوجيين فان مجرد تفكيرهم فى احتمـــال الاصـــابة بالمرض ، بجانب القلق الذى يعيشـــون فيه بســـبب ســـيطرة هـــذه الفكرة عليهم يؤثر تأثيرا ســـلبيا على حالتهم الصـــحية . أمـــا احتمال العـــدوى فهـــو خطـــر قـــائم ، فالعـــدوى يمكن ان تنتقل اليهم بسبب أن الأشـــخاص المرضى عادة ما يطلبون مساعدتهم . وقد ادت الاصابة بالمرض الى ان كثيرا من الباحثين الميدانيين لم يتمكنوا من اســـتكمال دراســـتهم الميدانية بسبب المرض ، وتوضح ذلك التقارير التى كتبها كل من هـــولمبرج Holemberg سنة ١٩٦٩ ، وويتين Whitten سنة ١٩٧٠ ، وماكس ويل Maxwell سنة ١٩٧٠ عن دراساتهم الميدانية . كما أوضـــح فان بينزبرجن Van Binsbergen كيف ســـبب له المرض مشكلة حرجة فى فترة البحث الميدانى فى زامبيـــا ، وكيف كانت له آثـــاره المحـــزنة عليـــه وعلى الأشخاص موضوع الدراســـة على السواء . غير أن باحثا ـــ آخر ذكر انه برغم تعويق المرضى لاستمرار البحث الاثنوجرافى الذى كان يقـــوم به فـــان ما حكاه له الاخباريون فى أثناء فترة مرضـــه لغرض تسليته وهـــو فى محنته تضمن الكثير من المعلومات المفيدة . وقد لاحظ بصفة عامة أن الناس كانـــوا أكثر صـــبرا واكثر استعدادا لاجابة أسئلة وهو مريض عمـــا هـــو الحال حينما كان صحيحا (١١) .

قضية التخصص الأكاديمى والممارسة العملية :

القضية الجديرة بالاهتمام هى قضية العلاقة بين العلم والممارسة أو بعبارة أخرى العلاقة بين التخصص الأكاديمى وبين العمل فى المجالات العلاجية . وعندما نبحث هذه العلاقة فاننا نتطرق الى موضوعات عديدة مثل اجـــراء البحوث والدراسات المتخصصة واعداد الأكاديميين فى التخصص ثم المشاركة فى العملية العلاجية وتدريب من يشاركون فى هذه العملية . فكل فرع علمى من الفروع السابقة هو مجال لاجراء البحوث المتخصصة وهو فى نفس الوقت يقدم مادة للممارسة أو يقدم طرق هذه الممارسة . فالبحوث عـــلى ســـبيل المثال تقدم مادة لمن يقوم بتدريس التخصص ومادة أيضا للممارسة . ويحتاج

= يجب ألا تدون الا اذا كانت كتابتها ذات مغزى بالنسبة للبحث نفسه ، وذات فائدة بالنسبة للقارىء .

(١١) د. نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر ، مرجع سابق ، ص ص ٦١ ـــ ٧١ .

نمو هذه العلوم وتطور الافادة منها الى تقوية العلاقات بين الأكاديمى المتخصص فى العلم وبين الممارس ومن يقوم بتعلم وتدريب الممارس .

ومن المتوقع أن تنشأ مسائل ومشكلات عديدة من اتساع نطاق التخصص والممارسة . وقد مرت فروع علمية أخرى بنفس هذه المرحلة يمكن أن تطلعنا على نفس طابع المشكلات والمسائل التى ترتبط بهذه الممارسة . ولعل المناقشة التى أوردها ديفيد شاكو D. Shakow لطبيعة المشكلات التى واجهت علم النفس الاكلينيكى يمكن أن تلقى الضوء على ما تواجهه العلوم الاجتماعية أثناء عملية نموها واتساعها . ولقد أكد ديفيد أن نمو العلم واتساعه وتنوعه الى علم وممارسة يواجه عقبات يمكن التغلب عليها اذا أحسن العلم اختيار من يتخصصون فى دراسته بحيث يتم الاعداد والتدريب الجيد بطريقة شاملة للمتخصصين تبتعد عن ضيق الأفق وتهتم بالحصول على مزيد من الخبرات . ويتطلب الأمر أن يبقى الدارس شديد الاتصال بخلفيته العلمية ، وأن يحدد الأهداف البعيدة ويغفل على انجاز الحاجات السريعة ، وأن يبقى حريصا على أهمية النظرية والتطبيق ، وأن يظل جادا ولكن متواضعا فى مواجهة المشكلات المعقدة أكثر منه فخورا ومتظاهرا بقدراته . وباختصار فان مستقبل هذه العلوم سوف يصبح مضمونا اذا تم اختيار الاشخاص بعناية وتم تدريبهم تدريبا جيدا (١٢) كذلك يتوقف أيضا نمو هذه العلوم وتطورها على دراسة مختلف الجوانب المتعلقة بالظاهرة الطبية . والملاحظ الآن أنه على الرغم من تطرق العلوم الاجتماعية الى بحث موضوعات عديدة . فسوف يجد القارىء أن هناك ندرة فى دراسة بعض الموضوعات مثل دراسة آثار عمليات العلاج المختلفة . فمن العجيب أن دراسات التوزيع الاجتماعى للصحة والمرض تعتبر دراسات مكثفة ولكن أى من العلوم الاجتماعية لم يتطرق الى التحليل المنظم لتأثير نوع معين من أنواع العلاج على المرضى أو على سماتهم . ولا يمكن تبرير هذا النقص طالما أن نفس الطرق والأدوات التى استخدمت فى دراسة موضوعات أخرى يمكن استخدامها بسهولة فى تحليل عملية العناية بالمريض . وربما يرجع هذا النقص الى أن الباحثين قد اعتبروا أنهم يدرسون أسباب المرض أكثر من دراستهم لمرحلة حدوث المرض وصولا الى حالة الشدة . والمطلوب الآن الاهتمام بتنويع طرق العلاج من جوانب اجتماعية بحيث تتكامل مع ما يقوم به الطبيب المعالج من عمليات تقويم (١٣) .

---

(12) David Shakow, Clinical Psychology, Encyclopedia of Social Sciences, Op. Cit., p. 518.

(13) Harvy Branner, Op. Cit., pp. 21, 22.

أما من حيث الممارسة فان تقدم هذه العلوم في ميدان العمل العلاجى وبروز دورها يتوقف ايضا على اختيار ممارسين يتميزون بسمات خاصة مثل الجدية والاهتمام بالمجال ثم الاستعداد للتعلم الذاتى ومحاولة الافـــادة من الخبرات ، هذا بجانب القدرة على اختيار المنهج الملائم فى بحث المشـــكلات . ويجب ان نلاحظ فى الممارسة أن كل علم من هذه العلوم يمكن أن يكون اكثر تركيزا على جانب دون آخر ، ولهذا فالممارس يجب ان يعى الى اى من هذه العلوم يجب أن يلجأ عندما يحتاج ان يتعلم ، وعلى سبيل المثال فان علـــم النفس أكثر تركيزا على الفرد ، وعلم الاجتماع اكثر تركيزا على المجتمع . ومع ذلك فان الاحاطة بما هو متداول فى العلوم الاربعة يعتبر ضروريا بالنسبة لكل من يمارس العمل الاجتماعى او السلوكى خاصة وان هناك مناطق تداخل كما سبق واشرنا . ويلاحظ ايضا ان الممارسة بدورها يمكن ان تدعم البحوث وتسهم فى تقدم التخصص الأكاديمى . فاذا كان الممارس الذى يعمل مع المريض كفرد سواء فى علاج نفسى او خدمة اجتماعية فردية او كان يعمل مع جماعات أو مجتمعات محلية فان اهتمامه بتسجيل ملاحظاته وتسجيل الحالات التى يدرسها تسجيلا علميا يمكن ان يثرى التراث العلمى للتخصص .

الفصـــل الســـادس

تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية فى كليات الطب

مازال التعليم الطبى حتى وقتنا الحاضر يركز على تعليم الطلبة كيف يواجهون الحالات المرضية التى تهدد الحياة أو تسبب الألم للانسان . فهناك معلومات ودراسات عديدة تتعلق بهذه الحالات وتقدم تفسيراً لحدوثها وتعمل على تشخيصها وكيفية علاجها أو الوقاية منها . وقد تراكمت هذه الدراسات من البحوث المعملية والاكلينيكية . وكان لابد للطلبة أيضا أن يعرفوا شيئا عن العلوم الأساسية التى ترتبط بها هذه التجارب. والواقع أن الطبيب حينما يريد أن يتخصص فانه يجد ايضا معلومات وفيرة فى كل تخصص ، فهنـاك وفرة من المعرفة فى مجال الحالات المرضية ودراستها ، وربما هـذا هـو السبب المنطقى وراء استحواذ مثل هذا النوع من المعرفة على المنـاهج التى تدرس فى كليات الطب (١) .

ولكن بدت هناك ملامح لتغير هذا الوضع فى السنوات الاخيرة ، فقـد ظهرت الحاجة الى أن تتقدم العلوم الاجتماعية الى مجال التدريس فى كليـات الطب ومعاهد التمريض . وبدات تدور فى الساحة الطبية مناقشـات عديدة حول أهمية اسهام العلوم الاجتماعية فى التكوين العلمى لطالب الطب . وبدأت بالفعل بعض المحاولات العملية لتحقيق هذه الفكرة . واذ قد خصصنا هذا الفصل لمناقشة هذا الموضوع الهام من جوانبه المختلفة فسوف نحاول أن نوضح فيه مدى أهمية ادماج العلوم الاجتماعيـة فى مناهج كليات الطب ، والآراء المختلفة فى هذا الشأن ، كما سنحاول تقديم بعض الاسهامات التى تذلل من الصعوبات التى تعترض تنفيذ هذه الافكار .

لقد كانت هناك **ضرورات دعت الى الاحساس بأهمية ادمـاج العلـوم الاجتماعية فى مناهج كليات الطب** . ولعل أول هذه الضرورات هـو ادراك

---

(1) Margot Fefferys, Does Medicine need Sociology, in David Tucket, Op. Cit., p. 40.

الحاجة الى أن يفهم الطبيب نفسه أولا ، ثم أن يفهم الفرد الذى يتعامل معه والمجتمع الذى يوجد به . ومن الطبيعى أن العلوم الطبية لا يمكنها أن تقدم هذه المعرفة بل يمكن أن تقدمها العلوم الاجتماعية والانسانية بصفة عامة مثل علم الاجتماع وعلم النفس و . . . الخ . وامتد الوعى ايضا الى ادراك أن سلوك أعضاء هيئة التدريس فى كليات الطب وسلوك الطلبة اثناء عملية التعليم الطبى والطرق التى يدرسون بها للطلبة والوسائل والعلاقات مع الطلبة ومع المرضى تحتاج الى تحسين فى الأداء ، ويحتاج التحسين الى متخصصين فى العلوم السابق الاشارة اليها . كذلك فان التطور الذى حدث فى مجال التخصصات العلمية بصفة عامة اصبح يحد المتخصص فى دائرة ضيقة من المعرفة ويبعده تماما عن مجالات معرفية أخرى يمكن أن تعمق من نظرته الى الواقع وتحسن من آدائه الاجتماعى . فلم يعد عندنا اليوم الطبيب دارس الفلسفة أو من يجمع بين الطب وعلوم أخرى مثلما كان فى الماضى . فالوقت لا يتسع الى اكثر من التخصص فى مجال ضيق جدا يبتلع كل وقته . ومادام الطبيب يحتاج الى فهم المريض وبيئته فلابد أن تضاف اليه الجزئيات العلمية التى تعرفه بهذه الجوانب ، وهذه الجزئيات تقدمها العلوم الاجتماعية .

لقد أدى أيضا تغير الأوضاع الاجتماعية والحضارية وتغير أنماط الصحة والمرض الى يصبح عمل الطب ليس قاصرا اليوم على ما يهدد حياة الناس بل اصبح عليه أيضا أن يواجه الظروف التى تمنع الناس من انجاز أنشطتهم ومن تنمية القدرات العقلية والجسمية وتمنعهم من تحقيق احساس داخلى بمعنى الحياة التى يعيشونها . وبينما لا يمكن لاحد أن يقول أن الأطباء وحدهم هم الذين يجب أن يقدموا للناس ما يواجهون به هذه الحاجات فان الناس ينتظرون من الأطباء أن يشاركوا بالجزء الاكبر من الجهد فى مواجهة هذه المشكلات . وهذا ما يواجهه المتخصص فى مجال الطب الآن . والمسألة تصبح هل يظل الطبيب مرتبطا بالتقاليد الطبية التى تركز على المرض العضوى فقط أم عليه أن يتخصص أيضا فى العلوم الاجتماعية والسلوكية التى تزوده بالمعرفة الخاصة بالجوانب الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالاصابة بالامراض أو بمراحل علاجها .

وسوف نفترض أن الطبيب هو الشخص الوحيد الموكول اليه عملية علاج المرض العضوى وانه سوف يسمح لغيره من المتخصصين غير الأطباء مثل الاخصائيين الاجتماعيين والسيكولوجيين الاكلينيكيين بالقيام بدورهم فى تشخيص وعلاج الامراض غير العضوية . فهو فى هذه الحالة سوف يحتاج أن يعمل على قدم المساواة مع جماعات مهنية أخرى . ويلاحظ أن الخط الفاصل بين ما هو عضوى وبين ما هو نفسى أو اجتماعى ليس ملحوظا

بالنسبة لمعظم المرضى الذين تدفعهم لمراضهم العضوية الى اللجوء الى الأطباء الذين ارتبطوا بهم عاطفيا وانبهروا بهم اجتماعيا . ولكن اذا افترضنا أن الأطباء قد أصروا على أن دورهم ينحصر فقط فى علاج الأمراض الجسمية فهم سيظلوا فى حاجة الى فهم السلوك الانسانى وفهم كيف يستمر أو يتغير بفعل الضغوط الاجتماعية البيئية لكى يتمكنوا من العمل بنجاح بطريقة الفريق مع هؤلاء الذين يعملون فى مجال الأمراض الاجتماعية والنفسية ، فهم سيظلوا فى حاجة الى أن يعرفوا كيف يعاملوا مرضاهم بأقصى درجة من الفهم ومراعاة الجوانب الانسانية .

ويمكن أن يرى بعض الأطباء أنهم قد اكتسبوا معرفة الجوانب الاجتماعية والنفسية أثناء ممارسة الطب عن طريق الخبرة ومن خلال ملاحظتهم لمرضاهم وليس عن طريق التعلم الرسمى للعلوم الاجتماعية والسلوكية . ولكن هناك أدلة كافية تشير الى أن غياب المعرفة النظرية المنظمة المتعلقة بمهارات التعامل الشخصى واستبعاد تعلمها على المدى الطويل سوف يؤدى الى التوهين من هذه المهارات لدى الفرد بعكس ما اذا تسلح بهذه المعرفة . وهناك دراسات عديدة أثبتت ذلك نذكر منها على سبيل المثال الدراسات التى أجريت فى أمريكا وانجلترا وأكدت ان الأطباء يفشلون فى الحصول على معلومات صحيحة من مرضاهم كما يصعب عليهم معاملتهم بطريقة عاطفية مقدرة لموقفهم الأمر الذى يؤدى الى تناقص كفاءة الخدمات التى يقدمونها اليهم عما يمكن أن تكون عليه . وقد اظهرت دراسات اخرى أن عدم تفهم طبيعة ونوعية الضغوط الاجتماعية التى تواجه من يعملون فى مهنة الطب يؤدى الى احباط يؤثر على الكفاءة الوظيفية للأطباء والمرضات . وباختصار فان انخفاض كفاءة أداء بعض الاطباء يشير الى أن طالب الطب لابد أن يعرض لدراسة منظمة للمفاهيم المناسبة فى العلوم الاجتماعية والسلوكية .

واذا كان يمكن أن نسلم بالفرض الواقعى الذى ذكرناه من قبل ويقرر أن الطبيب لا يجب أن يقتصر عمله على مجرد النظر الى مظاهر المرض العضوية منفصلا عن الأبعاد الاجتماعية والبيئة التى ترتبط به فلابد أن نصر على أنه يجب أن يكون على وعى بكيف تؤثر البيئة الاجتماعية والعلاقات بين الشخص ومن يرتبطون به بيولوجيا فى ظهور بعض الحالات المرضية وفى استجاباته ومحاولاته التغلب على هذه الحالات . وتتراكم لدينا الآن أدلة عديدة تؤكد أن البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الانسان تعتبر أحد المكونات المسببة لوجود معظم الأمراض التى تعرض على الأطباء وأن نتائج العلاج تتوقف على مدى اسهام البيئة بتقديم امكانيات الشفاء . ولهذا فحتى هذا الجراح الذى سيتخذ قرارا بزرع كلية لمريض يمكن أن يقوم بدور اجتماعى اكثر قيمة اذا كانت لديه معرفة عن العلاقات الاجتماعية الاقوى تأثيرا على

الحالة الصحية للمريض وعلى سلوكه الصحى . وبالمثل فان الممارس العام سوف يجد نفسه معوقا تماما اذا لم تتوفر لديه هذه المعرفة . وسوف يصبح ايضا الأطباء النفسيون ومن يقومون بالرعاية الطبية للمسنين وغيرهم من الأطباء المتخصصين فى المستقبل غير قادرين على آداء عملهم فى المستقبل اذا لم تتوفر لديهم معلومات كافية عن التغيرات فى البناء الديموجرافى وأنماط الأمراض (٢) .

لقد أدى هذا الادراك الواعى بمن يعملون فى مجال الطب وفى مجال العلوم الاجتماعية على السواء الى أن يقوموا بمحاولات عديدة لتحقيق هذا المطلب ، وكانت بعض هذه المحاولات محدودة وغير رسمية وكان بعضها الآخر متسع النطاق ويتصف بالرسمية . فقد دارت مناقشات بين كبار الأطباء من أعضاء هيئة التدريس تؤكد ضرورة الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية ، والتقى البعض منهم بمن يدرسون هذه المواد فى أقسام الاجتماع وعلم النفس فى شكل جلسات للمناقشة بهدف التعرف على ما يمكن أن تسهم به العلوم الاجتماعية فى التأهيل العلمى لطالب الطب . وبدأ البعض يقرأ كتب علم الاجتماع والانثروبولوجيا وعلم النفس وغيرها من العلوم للتعرف على ما يمكن أن يوجد بها ويفيد فى عملية تدريس طلبة الطب . ومن هؤلاء من أراد أن يقوم بتدريسها بنفسه لطلبة الطب ، ومنهم من أراد يعمل على تحسين أدائه الشخصى مع طلبته (تحسين عملية التدريس) أو مع مرضاه أثناء قيامه بعلاجهم . ومنهم من كان اتجاهه الى هذه النوعية من المعرفة استجابة للتيار الحديث الذى بدأ يسرى فى المجال الطبى . وما يمكن أن يقال أن هناك مجموعات اظهرت الاهتمام بهذا الجانب واجتهدت كل مجموعة باخلاص للفكرة ولكن من منطلق خبراتها الخاصة .

وقد كانت الندوات والمؤتمرات واللقاءات وحلقات المناقشة حول هذا الموضوع تمثل الشكل الجماعى الجاد لتعزيز هذا الاتجاه . وقد عقدت ندوات عديدة كان موضوعها كلها — وأن اختلفت اختلافا طفيفا فى المسمى — يدور حول تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية فى كليات الطب ، بما يتضمنه ذلك من مادة علمية وطرق تدريس ومشكلات . وسوف نشير هنا فى اطار هذا النطاق الضيق الى ندوة واحدة من هذه الندوات . وهى الندوة التى عقدت فى مدينة الاسماعيلية من ١٦ — ١٨ مايو ١٩٨٤ ، وكان موضوعها « تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية فى مناهج كليات الطب » (٣) . وقد تحدد هدف الندوة فى التعرف على آراء أساتذة كليات الطب فى تدريس العلوم

---

(٢) المرجع السابق ص ص ٤٠ — ٤٣ .

(٣) شارك المؤلف فى أعمال هذه الندوة عن الجانب الاجتماعى .

الاجتماعية والسلوكية فى كلياتهم فى محاولة للوصول الى تحديد للمواد التى يمكن تدريسها والأساليب الملائمة لذلك خاصة وانه قد اتضح أن هناك صعوبات فى اختيار الموضوعات او اختيار من يدرسها عندما بدأت بعض الجامعات محاولة تدريسها كما سنشير فيما بعد . وتعتبر هذه الندوة جزءا من الدراسة التى قامت بها الهيئة الصحية العالمية — المكتب الاقليمى لشرق البحر الأبيض المتوسط — بالتعاون مع وزارة الصحة فى مصر وتهدف الى التعرف على ما يتم تدريسه بالفعل ومحاولة تقييمه . وضمت هذه الندوة عددا كبيرا من الأطباء أعضاء هيئة التدريس وبعض الاجتماعيين . وقد كان الاهتمام الطبى كعنصر أساسى فى الندوة راجعا الى الاعتقاد بأن أصحاب القضية هم أحق من يناقشها . . فأعضاء هيئة التدريس فى كليات الطب هم أصحاب القضية وهم فى موقع المسئولية بالنسبة لطلبة الطب . وقد اتضح من هذه الندوة أن البرامج التى تدرس فى الكليات المختلفة متباينة من حيث المادة واسلوب تدريسها . والحقيقة أن هذه الندوات أثارت مناقشات مفيدة كما أدت الى زيادة الاهتمام بالنسبة لمن كانوا أقل إهتماما قبل حضورهم للندوة . بالاضافة الى أنها عرفت أعضاء كل كلية بالجهود التى بذلت فى الكليات الاخرى فى نفس المجال .

ولعل أبرز اهتمام اتخذ الشكل الرسمى والتنفيذى فى نفس الوقت هو ذلك القرار الذى صدر وينص على **تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية فى كليات الطب** . وبناء على ذلك بدأت كل كلية تكون برنامجها الدراسى الذى اختلف عن برنامج الكليات الأخرى كما سبق وذكرنا . فبعض كليات الطب أعدت مقررا فى علم الاجتماع وبعضها الأخر مقررا فى علم النفس أو الأنثروبولوجيا أو ما اسموه السلوكيات (٤) . على أن الوعى بكيفية اسهام كل فرع من العلوم الاجتماعية فى مجال العملية التعليمية مازال يحتاج الى تعميق ودراسة . فعلى الرغم من الادراك الحالى لضرورة تدريس هذه العلوم فى كليات الطب ، وعلى الرغم من انتشار مفاهيم عديدة تشير الى التآلف بين الطب والاجتماع مثل « الطب الشمولى » و « الطب الاجتماعى » و « الطب والبيئة » و « الطب التفسجسمى » و « الطب الوقائى » . . . الخ . فان هناك صعوبة الجمع بين هذه التخصصات وايجاد المكان الملائم للعلوم الاجتماعية داخل كليات الطب ، وقد تمت الاشارة الى

---

(٤) أنظر التفاصيل عن موضوعات هذه البرامج بالنسبة لكليات طب جامعة عين شمس وطنطا وقناة السويس فى تقرير ندوة تدريس العلوم الاجتماعية ، مجموعة سيناء الاستشارية ، الاسماعيلية سنة ١٩٨٤ ، ص ص ١ — ١٢ .

هذه الصعوبات منذ وقت مبكر حينما كان يحاول بعض الكتاب الاشارة الى دور الأنثروبولوجيا فى ميدان الطب . فقد ذكر أنه من الصعب تحديد دور الانثروبولوجيا التطبيقية فى مجال الطب . واذا كان من تخصصوا فى الأنثروبولوجيا وفى الطب يريدون التعاون فان كلاهما يجب أن يكون على وعى بكثير من الصعوبات التى توجد فى مجال العمل بين التخصصات المختلفة (٥) .

واذا كانت هناك صعوبات تعوق الآداء الأمثل للعلوم الاجتماعية داخل كليات الطب ، فقد ظهرت اتجاهات جديدة تهدف الى مزيد من ادماج العلوم الاجتماعية والطبية بطريقة عضوية منذ بداية دخول الطالب الى السنة الاولى فى كلية الطب . ويعتبر هذا الاتجاه أحد العلامات الأساسية على طريق تكامل العلوم الاجتماعية والانسانية مع الطب التعليمى وهو ظهور ونمو شبكة المؤسسات التعليمية الطبية المتوجهة نحو المجتمع Community-Oriented Educational Institutions for Health تلك الشبكة التى تدعم عملية ادماج العلوم الانسانية فى كليات الطب والمعاهد الصحية . وتمنح العضوية فى الشبكة للهيئات مثل كليات الطب وللأفراد الذين يسهمون باعمال جادة فى هذا المجال . وتتنوع العضوية فى هذه الشبكة ، فهناك العضوية الكاملة لتلك المؤسسات التعليمية والكليات التى تضمنت برامج تدريسها مادة تتعلق بالتوجهات المجتمعية وترغب فى التعاون مع الكليات الأخرى داخل اطار الشبكة لتحقيق أهدافها ، وهناك العضوية المشاركة والعضوية بالمراسلة والعضوية الشرفية . وقد انضم الى العضوية الكاملة العاملة فى هذه الشبكة من المنطقة العربية كلية الطب جامعة قناة السويس بجمهورية مصر العربية ، وكلية الطب بجامعة الجزيرة بوادى مدنى — السودان ، وكلية العلوم الطبية بالبحرين (٦) . ان جوهر التعليم المتوجه نحو المجتمع يرتبط بضرورة تدريب طلبة الطب فى مجالات شديدة القرب من البيئة التى سيعملون فيها بعد التخرج . ولابد أن يكون التدريب مرتبطا بما سيمارسه الطالب فى الغد عندما يصبح طبيبا . فاذا كان الطبيب لن يقوم بالرعاية الصحية داخل المستشفيات الكبرى المعدة اعدادا جيدا فقط فانه يجب أن يتلقى تدريبه فى أماكن عديدة ومنها المجتمع المحلى الذى سوف يعمل به . ولهذا فان التعليم المتوجه نحو المجتمع هو مثال لهذه الانشطة التعليمية التى تستخدم المجتمع

---

(5) William Candill, Applied Anthropology in Medicine, in Anthropology Today, by Kroeber, p. 799.

(6) Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences, News Letter, No. 5, February 1986., p. 4.

المحلى بكثافة كبيئة تعليمية يمكن للطلبة أن يندمجوا فيها وينفاعلوا معها خلال اجتيازهم لخبراتهم التعليمية . ونظرا لان سكان أى مجتمع يمكن أن ينقسموا الى قطاعات سكانية متعددة فان الطلبة يمكن أن يعملوا فى بيئات حضرية أو ريفية او صحراوية . ولا يعنى ذلك أن الطلبة يستغلون المجتمع المحلى لمجرد التعلم ولكنهم لابد أن يقدموا الخدمات لهذه البيئة ويتفاعلوا مع مشكلاتها بالاضافة الى أن نفس عملية التعلم تتم أثناء قيام الأطباء بالرعاية الصحية . ولهذا فان توزيعهم على المناطق والمنشآت العلاجية المختلفة يعكس التوزيع الطبيعى للمشكلات والحاجات الصحية فى المجتمع المحلى . وعلى الرغم من ان الطلبة ينتفعون انتفاعا كبيرا من ثراء الخبرة نتيجة وجودهم فى مواقف الحياة الواقعية فى المجتمع المحلى فان ذلك لابد أن يواكبه الاستزادة من المعـرفة والممارسة الاكاديمية مع مراعاة قيم واخلاقيات الممارسة المثلى للطب (٧) .

مسائل واعتبارات هامة :

عندما نناقش فكرة تدريس العلوم الاجتماعية فى كليات الطب تظهـر لنا مسـائل وقضايا ومشكلات عديدة تحتاج الى حسـم . اهمها أن اقتـناع الجانب الطبى باهمية تدريس العلوم الاجتماعية اذا كان قد تم اعلانه بوضـوح على مستوى المناقشات الا أننا عند التطبيق نكاد نجد صعوبات فى التنفيـذ الفعلى للفكرة . ففى الندوات واللقاءات العديدة التى تمت بين الجانب الطبى والجانب الاجتماعى أكد الجانب الطبى بطرق مباشرة وغير مباشرة اقتناعه بالفكرة حتى أن هذه الاهمية لم تعد فى حاجة الى اثبات أو تأكيد . ولكن عند بداية التنفيذ نكاد نشعر أن الاقتناع اقل بالنسبة للبعض ، وربما يرجع ذلك الى عدم اقتناع البعض بما يمكن أن تسهم به العلوم الخاصة بالانسان والمجتمع فى مجال التعليم الطبى ، أو الى عدم توفر الدافعية الكافية . ولكن يجب أن نقرر أيضا أن هذا الادراك بدأ يتزايد وأن عدد المتقبلين على العلوم الاجتماعية من الجانب الطبى فى تزايد مستمر أيضا . ولهـذا فان التزاوج بين الطب والعلوم الانسانية سوف يتم على نحو متكامل فى المستقبل القـريب . فهناك الاقتناع وحسن النية من الجانب الطبى والجانب الاجتماعى على سـواء وربما يتوقف الأمر على تحديد كيفية الأداء وتطمه بالنسبة لمن لم يتعلمـون طبيعة الأداء . البداية يجب أن تكون بمفهوم صـحيح عن طبيعـة العلوم الاجتماعية واغراض تديسها . فلا يمكن أن نتصور أن هدف تدريس هـذه

---

(7) Dr Zahair Nooman, Clinical Training in Health Care Setting, News Letter, Op. Cit., p. 2.

العلوم مجرد تحسين علاقة الطبيب بالمريض ، بل تمتد الى اهداف اشمل من ذلك أوضحناها فى الفصول الأربعة الأولى . وسوف يؤدى هذا الايضاح الى أن تزداد دافعية عدد اكبر ممن يهتموا بالمجال الاجتماعى سواء تخصصوا فيه أو فتحوا المجال للمتخصصين لكى يعملوا فيه . ولن نقتصر فى هذه الحالة على وجود أصوات معدودة فى الجانب الطبى تنادى بضرورة الاهتمام بهذه العلوم بوازع الميل الشخصى فقط ، ومتى غابت هذه الأعداد الضئيلة عن الساحة الطبية فلا نجد من يؤيد الفكرة . فهناك حقيقة يجب أن ندركها هى أن معظم من اهتموا بهذا الموضوع توفر لديهم الميل الشخصى ومارسوا العمل الاجتماعى أو علموا الفكر الاجتماعى لطلبتهم من واقع هذا الاهتمام . ولكن الأمر يحتاج الآن الى اثارة دافعية عدد أكبر يتناسب مع الأعداد الكبيرة المنتظمة فى الميدان الطبى ؛ بجانب جعل الاهتمام بالجانب الاجتماعى يرتبط بدراسات أكاديمية تخصصية اكثر منه يعتمد على سلوك شخصى . وسوف لا نجد صعوبة الآن فى تحقيق هذا الهدف ، ويرجع ذلك الى أن ادراك موقع الطبيب من العمل الاجتماعى ، وحرص من يعملون فى الميدان العلاجى على الابقاء على مكانتهم الاجتماعية عالية كلها تسهم فى اقدام من يعملون فى الميدان الطبى على الاستزادة من هذه العلوم .

والقضية الهامة الأخرى هى **ما يتعلق بالعلوم الاجتماعية والانسانية ذاتها ، وما يتعلق بالاجتماعيين الذين يهتمون بمجال الطب** . وأهم الموضوعات فى هذا الشأن موضوع المصطلحات والمفاهيم غير الواضحة . وقد أشرنا قبل ذلك الى أن البعض يطلق عليها العلوم الاجتماعية بينما يطلق عليها البعض الآخر العلوم السلوكية ، بينما يجمعها جميعا البعض الآخر ويسميها الانسانيات . كذلك فان المحاولات التى قدمت لتحديد المفاهيم أتت فضفاضة . وعلى سبيل المثال فقد عرفت العلوم السلوكية بأنها هذا النوع من المعرفة المنظمة التى تبحث لتصف وتفهم وتعدل وتتنبأ بمحددات ووظائف السلوك الانسانى . وأن العلوم السلوكية الاولية هى الأنثروبولوجيا والطب النفسى وعلم النفس وعلم الاجتماع . وبعض الجوانب التى يدرسها الاقتصاد والجغرافيا وعلم السياسة والصحة العامة يمكن أن تعتبر موضوعات من العلوم السلوكية (٨) . لهذا نحن نحتاج الى اعادة تحديد مفهوم كل مصطلح نستخدمه ؛ فنحتاج مثلا أن نحدد ماذا نعنى بالعلوم الانسانية ، والعلوم الاجتماعية ، والعلوم السلوكية ، أو حتى نقرر أن بينها تداخلات ، على أن

---

(8) Report of a Consultative Group Meeting on Application of Behavioural Sciences in Health Services in Developing Countries, WHO Alexandria, Egypt, 2-5 September 1985, p. 2.

تحدد ونشرح التداخل بوضوح . وبصفة عامة فان تدريس هذه الموضوعات فى كليات الطب يحتاج الى مفاهيم واضحة وموضوعات ترتبط بالواقع وبالطب فى نفس الوقت . ونظرا لأن تدريس هذه المواد فى السنوات السابقة قد اعتمد فى بعض الاحيان على اخلاقيات مهنة الطب ، وفى أحيان أخرى على الطب النفسى أو علم النفس لذلك فان تحديد موضوعات كل علم (مثل علم الاجتماع ، الأنثروبولوجيا ، علم النفس ... الخ) وتحديد الاسهام الذى يمكن أن يقدمه فى الميدان الطبى سوف يساعد الجانب الطبى على تحديد ما يحتاجه من كل تخصص .

يجب ايضا على الاجتماعيين ان يدركوا ان **اهداف تدريس العلوم الانسانية يجب ان تكون واضحة لدى الجانب الطبى سواء أعضاء هيئة** التدريس أو طلبة الطب . فالهدف يتعلق بدور الطبيب الاجتماعى كعضو فعال فى المجتمع يمكنه من خلال ممارسة المهنة خدمة الأفراد وخدمة المجتمع . ويجب أن تتحول دراسة هذه المواد الى دراسة نظرية وعملية فى نفس الوقت ويجب أن تقدم الجوانب النظرية بطريقة سهلة ويتم ربطها بالواقع الصحى مباشرة . وعلى سبيل المثال يمكن البدء فى تدريس الظواهر الاجتماعية بمناقشة المجال الصحى بحيث تنتهى المناقشة بتحديد مفهوم الظاهرة الاجتماعية من خلال عرض أمثلة من المجال الصحى نفسه . ويلاحظ ان طرق التدريس والمواد التى تقدم للطالب مكتوبة يجب أن تتناسب مع عدم تخصصه فى الدراسات الاجتماعية ، فما يكتب لطالب الطب لابد ان يكتب بطريقة خاصة ربما تختلف من بعض جوانبها مع ما يكتب للطالب المتخصص فى الدراسات الاجتماعية .

ولابد ان يدرك الطالب ايضا جدوى هذه الدراسات فى التطبيق العملى . ذلك أن الطالب عندما يدرس مادة طبية مثل الرمد يدرك مباشرة مدى فائدتها فى ممارسته لعلاج مرضاه . وهو اذا لم يشعر أن دراسته للمواد الانسانية سوف تفيده فى المستقبل فان اقباله عليها سوف يكون فى أضعف صورة . لهذا فان جهودا يجب أن تبذل من جانب الاجتماعيين لتقديم مادة واضحة الفائدة . ولابد أن نعرف أن تدريس العلوم الاجتماعية ليس هدفا فى حد ذاته ولكنه وسيلة تهدف الى تغيير فى مفاهيم وآداء الطبيب اثناء عمله الاجتماعى . ويؤدى وضوح هذا الهدف الى أن يحرص الجانب الاجتماعى دائما على تحقيق الفائدة العملية . ويصبح الأمر بالنسبة له ليس مجرد اضافة معلومات بل يمتد الى التفكير فى اجراء بحوث وتدريبات عملية ترافق عملية التدريس . ويلاحظ دائما ان المادة غير المعدة اعدادا جيدا سوف تترك تأثيرا سلبيا لدى الجانب الطبى . ونظرا لان معظم المادة المتوفرة فى هذه العلوم وتتعلق بالجانب الطبى قد نمت وتطورت مادتها فى الدول الغربية فيجب استخدام هذه المادة بحذر ، ويجب أن ندرك أن الكثير منها يمكن الا يكون

ملائما للاستخدام فى الدول النامية . كذلك فان المـادة البحثية المتوفرة لابد من أن تؤخذ بحذر اذا تمت ترجمتها ، ذلك ان المفاهيم والمناهج المستخدمة فيها يمكن الا تكون ملائمة . ومن المهم استحداث معايير وطرق بحثية جديدة تتلاءم مع البيئة المحلية (٩)

هناك ايضا مجموعة من الصعوبات والحواجز التى تعترض التزواج بين العلوم الاجتماعية والطبية ينبغى أن نعمل على تذليلها . اولها ان المعلومات المتاحة اليوم غير ملائمة لطبيعة التحديات المتعلقة بالمشكلات الصحية لهـذا نحتاج الى استحدثات فى النظرية الاجتماعية لكى تزيد من القدرة على فهم الواقع واجراء البحوث واستخدام النتائج فى تنظيم الرعاية الصحية . ولهذا فان تقديم مفهوم البناء الاجتماعى لمن يعمل فى مجال الصحة بمعنى عملى مفيد — كما سبق وأشرنا — يعتبر أمرا ضروريا ، لانه فى هذه الحالة سوف يساعده على أن يأخذ فى اعتباره القـوى الفاعلة فى الصـحة مثل أنسـاق المكانة والطبقات — الخ . وثانى هذه الحواجز والمعوقات **نقص اعداد الاجتمـاعيين الذين يهتمون بمجال الصحة** . والأمل معقود عـلى تزايد أعداد من يهتمـون بهـذا المجال خاصة فى ميدان التخطيط الصـحى أو التعليم الطبى . أمـا المعوق الثالث فهو عدم وجود علاقة تعاونية فى كل الأحيان بين الجانب الطبى والاجتماعى ، ويعانى الاجتماعى العامل فى مجال الطب من عدم وضـوح مكانة محددة له ؛ كما يعانى من اختلاف الرواتب ، ومن اثر تغلغل النمطية فى طرق تقديم الرعاية الصحية . كذلك فان اختلاف اللغة التى يتكلمها من يعملون فى مجال الطب عن اللغة التى يتكلمها من يعملون فى مجال العلوم الاجتماعية (لغة المصطلحات والمفاهيم) أدت الى الابتعاد بحيث أصبحت زيا يرتديه كل فريق ليميزه عن الطرف الآخر بدل أن يستخدمه لتسهيل عملية الاتصال . والعقبة الأخيرة ترتبط بضرورة تغيير النظم الراسـخة . ذلك أن ادخـال العلـوم الاجتماعية فى مناهج كليات الطب تتطلب تغييرا فى المناهج التى ظلت تخدم العملية التعليمية على مدى زمنى طويل ، ولابد أن يتقبل الجميع ذلك . بما فيهم أصحاب الخبرات التعليمية الذين عملوا عـلى مدى عشرات السنـوات — وتتطلب أيضا موافقة الوزارات المعنية وهيئاتها المختصة مثل وزارة الصحة ووزارة التعليم العالى (١٠) . ومن الطبيعى أن مثل هذه المشكلات يمكن التغلب عليها بجهود مخاصة من الجانبين : الجانب الطبى والجانب الاجتماعى .

---

(٩) المرجع السابق ، ص ٧ .

(10) Report of the Working Group on the Social and Behavioral Sciences in the Health Services and Manpower Development, WHO. Alexandria, Egypt, 25-29 July 1977, pp. 17, 18.

والسؤال الذى طرح فى أكثر من مناقشة هو : من يدرس هـذه المواد ؟ وعلى الرغم من أن اجابة هذا السؤال تبدو بسيطة بحيث أما نقرر أن يقوم بتدريسها أعضاء هيئة التدريس الأطباء أو نقرر أن يدرسها من تخصصوا فى الدراسات الاجتماعية . ولكن حتى هذا الأمر البسيط له أبعاده المعقدة . فهناك من الجانب الطبى من يرى أن الأطباء هم الذين يستطيعون أن يدرسوا لطلبتهم هذه المواد ، فهم سيكونوا أكثر كفاءة فى نقلها لهم . ويقترح البعض أن تبدأ كليات الطب فى اعداد المعيدين لكى يتخصصوا فى علم الاجتماع الطبى وعلم النفس الطبى وغير ذلك من العلوم المشابهة لكى يتولوا بأنفسهم عملية التدريس . والى أن يتم ذلك يمكن أن يستعين الأطباء الذين سيدرسون هذه المواد بما أعده خبراء العلوم الاجتماعية من كتابات . وعلى الطرف الآخر يرى أن العلوم الاجتماعية حتى ولو تناولت ظواهر طبية لابد أن يدرسها وانهم بقدر من التأهيل الطبى يمكن أن يقتربوا من هذا المجال . بل أن بعضهم يرى أن العلوم الاجتماعية حتى ولو تناولت ظواهر طبية فهى لابد أن يدرسها من تخصصوا فى العلوم الاجتماعية دون تخوف طالما انهم يمتنعون من التدخل فى المسائل الطبية الفنية (المشكلات الاكلينيكية) .

والمسألة الهامة التى ترتبط بهذا المفهوم ايضا هى قضية المسئولية الاشرافية على تدريس هذه المواد . فهل يتم تدريس العلوم الاجتماعية من خلال قسم الاجتماع الطبى ؟ أم يأخذ مسئوليتها قسم من أقسام كلية الطب مثل قسم الطب النفسى أو قسم طب المجتمع بصرف النظر عمن يدرسها ؟ أم نتبع أسلوب التنسيق بحيث يجتمع قسم طب المجتمع مع الطب النفسى مع الاجتماعيين ويتفقوا وينسقوا عملية تدريسها ؟ وهى كلها بدائل مطروحة للمناقشة واتخاذ القرار ، وكل منها له ميزاته وله أيضا عيوبه . فالرأى القائل بالتنسيق بين علوم المجتمع وبين طب المجتمع والطب النفسى يثير تخوفات لدى البعض اذ يرون أن ذلك يمكن ألا يؤدى الى التكامل بقدر ما يؤدى الى ابتلاع تخصص لتخصص آخر ، وانه يخشى أن نفقد بعض العلوم ذاتيتها وكيانها أثناء محاولة ادماجها فى تخصصات أخرى . ولكن على الرغم من تعدد هذه الصعوبات وتنوعها فان الحلول النافعة الفعالة يمكن أن توجد اذا توفر عامل الفهم المتبادل بين ذوى التخصصات المختلفة وتوفر أيضا الاحترام المهنى بين من يعملون فى عملية التعليم الطبى وبين الاجتماعيين . فالأمر يحتاج الى تغيير فى المفاهيم يمكن أن يؤدى الى مزيد من الرؤية الواقعية لتخصصات الآخرين ، والرؤية الواضحة ايضا لمحاور الالتقاء فى مجال الصحة بصفة عامة بين البعد الطبى والبعد الاجتماعى .

والقضية الأخيرة الهامة التى يمكن أن نناقشها فى هذا المجال هى مكانة العلوم الاجتماعية على خريطة الدراسة فى كليات الطب . وتتطلب مناقشة

هذه القضية للتطرق الى ثلاثة اعتبارات هامة ، وهى تتعلق بالقيمة النسبية التى تعطيها كليات الطب لمثل هذه المواد من حيث عدد الساعات واحتساب الدرجات والنجاح والرسوب ، والمراحل الدراسية التى تقرر فيها هذه المواد ، ثم اللغة التى تدرس بها العلوم الاجتماعية . أما من حيث الاعتبار الاول فان الوزن الذى ستعطيه لائحة الكلية للمادة من حيث عدد الساعات المقررة وطرق تقييم الطالب ومجموع درجات المادة بالنسبة للمجموع الكلى للدرجات طوال العام ومدى اعتبارها مادة نجاح ورسوب سوف يؤثر كل هذا على نظرة الطالب الى المادة . كذلك على كلية الطب أن تتيح الفرصة لتنوع انشطة المادة وتوزيع الدرجات على الانشطة المختلفة ، ذلك أن قيمة المادة ومدى افادة الطالب منها يتوقف على محتوى ومعلومات ذات قيمة عالية من حيث التاصيل العلمى ومن حيث ارتباطها بالواقع العملى مباشرة ، بجانب طريقة تدريس ناجحة ذات كفاءة عالية فى توصيل المعلومات بالطرق المناسبة . وهذا يتوقف الى حد كبير على اتجاهات وكفاءة من يدرسها ، ويتوقف ايضا على ارتكاز كل مادة على معلومات ترتبط بالنظريات والبحوث بجانب برنامج تدريبى جيد . وتوزع الدرجات على الأنشطة المختلفة للمادة . ونود ان نؤكد مرة اخرى على ضرورة اعتبار العلوم الاجتماعية مواد الرسوب والنجاح ، لأنه اذا لم تعتبر كذلك نحتى اذا شعر الطالب باهميتها فانه لن يهتم بها او يوفيها حقها بسبب وجود مواد اخرى كثيرة ضاغطة يرغب ان ينجح فيها .

أما من حيث المراحل الدراسية التى يقرر فيها تدريس العلوم الاجتماعية فان الأمر مازال خلافيا . ويرجع ذلك الى أن البعض يرى أن طالب الطب يجب أن يبدأ بدراسة الجانب الاجتماعى فى المراحل الاولى لكى يرى العلوم الاجتماعية كعلوم مساوية للعلوم الطبية فى الأهمية ، بجانب أن ذلك يلفت نظره منذ البداية الى أهمية هذا الجانب . بينما يرى البعض الآخر أن طالب الطب لا يحتك بالمرضى ولا يعمل داخل المؤسسات الطبية منذ البداية ، وأن الانفصال الزمنى بين تدريس المادة (فى المراحل الأولى) وبين العمل مع المرضى (قرب الانتهاء من الدراسة) سوف يقلل من الافادة المباشرة من هذه المواد . وينصح البعض باننا حينما نفكر فى المراحل التى يجب أن تدرس فيها هذه المواد علينا أن نفكر فى مسالة هامة هى ماذا يخدم تحسين العلاقة بين الطب والعلوم الاجتماعية ؟ هل البدء بتدريسها منذ المراحل الأولى ام تاجيلها ؟ وقد حلت هذه المشكلة نظم التدريس المتبعة فى كليات الطب المتوجهة نحو المجتمع — كما أوضحنا قبل ذلك — اذ زواجت فى الوقت الواحد — بل فى المحاضرة الواحدة — بين التوجيه الطبى والاجتماعى خاصة أن برامجها تضمنت الاحتكاك بالمرضى وبالمجتمع المحلى منذ السنة الأولى .

لقد دارت مناقشات أيضا تتعلق باللغة التى تدرس بها العلوم الاجتماعية، خاصة أن الطب مازال يدرس بلغات اجنبية . وعلى الرغم من أن استخدام اللغة العربية فى تدريس العلوم الاجتماعية سوف يؤدى الى احساس الطالببتميز هذه العلوم فان الرأى الأرجح هو أن تدرس باللغة العربية ذلك أن اللغة الوطنية هى القادرة على التوصيل الجيد للمفاهيم الاجتماعية . بجانب أن الطالب سوف يجد عناءا أو يحتاج الى وقت طويل للتعرف على المفاهيم والمصطلحات الاجتماعية المتخصصة اذا تم تدريس المادة بلغات اجنبية .

برنامج مقترح لتدريس العلوم الاجتماعية فى كليات الطب :

لابد أن يتضمن أى برنامج دراسى فى كلية الطب الهدف الأساسى من وجود الكلية وهو اعداد الطبيب القادر على علاج المريض وعلى المساهمة الايجابية فى خدمة البيئة . والبرنامج الدراسى للعلوم الاجتماعية يجب أن يهدف الى تعريف الطالب بالبيئة التى يعيش فيها ويمارس فيها مهاراته الاساسية . واذا كانت بعض اجزاء البرنامج تقرب الطالب من بيئة المجتمع ككل وبيئة المجتمع المحلى التى يعمل فيها بصفة خاصة فان اجزاءاً أخرى من البرنامج لابد ان تقدم له البيئة الاصغر نطاقا التى سيقوم فيها الطبيب بعمله وهى المؤسسات الخاصة بالرعاية الصحية .

وتعتبر الطريقة التى يقدم بها اى برنامج دراسى فى العلوم الاجتماعية لطلبة الطب عاملا حاسما فى مسألة تقبل الطالب للبرنامج من عدمه . وبصفة عامة يجب أن يدرك الطالب علاقة الأبعاد الاجتماعية بالموقف الطبى . فلابد أن يتضح للطالب ان هناك عوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية ونفسية تؤثر فى سلوك الانسان وتؤثر هذه العوامل على الفرد فتكون عنده اتجاهات نحو الاشياء ونحو الأشخاص ونحو المواقف الاجتماعية التى يتحتم على الانسان ان يتواجد بها .

وموقف الطب والعلاج هو أحد المواقف التى يوجد بها الانسان الذى يتلقى الخدمة الطبية ، ويتأثر سلوك الانسان فى هذا الموقف بالعوامل التى ذكرناها . بل ان الطبيب نفسه هو انسان يدخل فى تفاعل شخصى واجتماعى مع جماعات من الناس أثناء تأديته للخدمة الطبية . فهو يتفاعل مع المريض ، وأحيانا مع عائلته ، ومع ادارة المستشفى ومع هيئة التمريض . الخ . ويتأثر الطبيب فى هذا التفاعل بخلفياته وقيمه ومعتقداته كما يتأثر غيره ممن يتفاعلون معه .

اذن موقف العلاج ليس هو مجرد اعطاء جرعات من الدواء أو مجــرد عمل جراحى ولكنه موقف تفاعل انسانى تظهر فيه سلوكيات محددة وتحكمه خلفيات هى الخبرات والقيم والمعتقدات والأفكار .

والطبيب فى حاجة الى أن يتعرف على طبيعة التفاعل الانسانى ، ودوافع السلوك ، وانواع القيم والمعتقدات التى تتحكم فى هذا السلوك ، ويحتــاج ان يتعرف على النتائج الضخمة التى تحدثها العوامل الاجتماعية والأزمات النفسية . ويحتاج ان يتعرف على تلك العوامل التى تكمن وراء الســلوك الظاهرى لمرضى يتعامل معهم كل يوم .

بهذه الطريقة يمكن تقديم العلوم الاجتماعية للطالب وتعريفه بكيفيـــة اسهام هذه العلوم مجتمعة فى تنمية معرفته بالأبعاد الاجتماعية ، وتغيير ادراكه للانسان المريض بحيث ينظر اليه كانسان مريض وليس كحالة مرضـــية . وعلى ذلك يجب ان يهـــدف اى برنامج علمى الى ايضاح ما يأتى :

١ — تاثير الواقع الاجتماعى والثقافى على ممارســـة الطب وتقبـــل العــلاج .

٢ — أن مجال الطب والعلاج هو مجال للتفاعل الاجتماعى والانسـانى لافراد لهم خلفيات ومستويات ثقافية تؤثر على آداء الخدمة ، وعلى تلقيها الأمر الذى يكون له تاثير على النتائج المرجوة من تقديم الخدمة .

ولتحقيق ذلك لابد لهذا البرنامج ان يتضمن ما يأتى :

١ — المعلومات التى تكسب الطالب المهارات التى تمكنه من التعامل الناجح والانسـانى مع جماعات مختلفة من الناس .

٢ — المعلومات التى تكسب الطالب اتجاهات ايجابية متعلقة بالرغبة فى آداء خدمة طبية أكثر من مجرد ممارسة وظيفة أو آداء عمل .

ويلاحظ انه اذا كانت اللوائح تحدد دائما اسم المـــادة فقط الا أنه من الضرورى فى مرحلة البداية محاولة تحديد الاتجاه العام للمادة وأهدافهـــا ، والمحتوى المقترح . وعلى الرغم من اننا نسلم بان محتوى المـــادة يمكن أن يتعدل فى المستقبل بسبب تقدم النظريات والبحوث فى المجال أو بســـبب تغير أوضاع المجتمع فان تحديد الخطوط الاساسية للمادة من المســـائل الضرورية فى هذه المرحلة .

ومن الطبيعى ان تقييم أى عمل يؤدى الى امكانية تحسينه . ويحتاج البرنامج الذى يتفق عليه الى تقييم دورى فى ضوء الأهداف الأولى التى وضع البرنامج لتحقيقها أو الاهداف التى تستجد . ويشمل التقييم محتوى المادة ، طريقة تدريسها ، والتدريبات المرتبطة بها . ومن المهم أن يكون رأى الطلاب أحد معايير تقييم البرنامج .

ويلاحظ أن اشراك الطلبة والطالبات فى مناقشات تساعد على اخراج ما فى أذهانهم من أفكار حول المجتمع والظواهر الاجتماعية وعلاقتها بالطب وتساعد على الوصول الى التعلم الافضل عما اذا حاول المحاضر أن يلقنهم مجموعة من الافكار . والسؤال الذى يمكن أن يتبادر الى الذهن « هل تفيد المعلومات عن الجوانب الاجتماعية الطبيب ؟ » والاجابة هى نعم . ولكن يلاحظ أن نوعية المعلومات وطريقة تقديمها تتحكم كثيرا فى مدى الفائدة التى أن يجنيها طالب الطب من هذا التخصص . ونظرا لأن المعلومات والحقائق يمكن أن تتغير أو حتى تنسى تماما بمرور الزمن لذلك فان تنمية قدرة الطالب على استخدام المعلومات يعتبر عملا أهم من مجرد تعليم الطالب استرجاع وتذكر المعلومات . ولهذا فان طرق التدريس ومعايير التقييم لابد تخدم هذا الهدف .

ويجب أن ندرك أن الطلبة الذين يتلقون برنامجا دراسيا عن المجتمع يأتون الى هذا البرنامج ولديهم خلفية عن المجتمع والظواهر الاجتماعية بعكس الأمر فى حالة تلقيهم برنامجا فى التشريح أو الكيمياء والحيوية . فجميع الناس — ومن بينهم طلبة الطب — لديهم بعض الافكار عما يتناوله علم الاجتماع بالدراسة والبحث لأنهم يعيشون فى المجتمع . ويستلزم الأمر فى بعض الأحيان تغييرا فى الأفكار المسبقة التى تكون راسخة فى ذهن الطالب ، وفى أحيان أخرى نحتاج الى التأكيد على نوعية معينة من الافكار أو نحتاج إلى اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع الخلط أو سوء الفهم .

ويمكن تدريس علم الاجتماع فى مجال المواقف الاكلينيكية ، وفى شكل حلقات مناقشة ، ومن خلال المحاضرات وبالنسبة للمجال الأول ففى بعض الجامعات يدرس علم الاجتماع الطبى فى الفترة الفاصلة بين البرامج الدراسية للمواد غير الاكلينيكية والمواد الاكلينيكية . وبهذا التنظيم يكون قد تم النظر الى العلم الاجتماعى على أنه علم سابق على المواد الاكلينيكية ويتضمن معلومات تتعلق بالممارسة الاكلينيكية . ويشارك فى هذه الحالة السوسيولوجى مع السيكولوجى والممارس العام أيضا فى مواقف اجراء المقابلات مع المرضى بهدف التعرف على احوالهم المرضية وظروفهم الاجتماعية . والهدف هو أن يعاون السوسيولوجى الطالب على اعادة اختبار أفكاره المسبقة عن المريض

وكيفية اجـراء المقابلة معه ، ثم عن السـبب الذى إتى من اجله المـريض للاسـتشارة الطبية ثم طبيعة المشكلات الصحية . ويعتبر هذا مدخلا للتعرف على علم الاجتماع وعلم النفس يهدف الى تحقيق وعى الطالب بالمشكلات التى يمكن الا يكون على وعى بها من قبل . ويأخذ اجراء المقابلة فى هذه الحالة شكل التفاعل اكثر مما يأخذ شكل الاسـتجواب . وعلى الرغم من ان الطالب يكون فى مرحلة تعليمية مبكرة فانه يكون سعيدا لانه يستطيع أن يتوقع تشخيصـا معينا للحالة من واقع ما يدلى به المريض كاسباب ادت به الى اللجـوء الى الطبيب . وعندما يتناقش الطالب مع المريض سوف يعكس له قلقه ، ويمكن أن تعكس المناقشة ايضا ظروف المريض الزواجيـة والشخصية ومشكلات عمله . وسوف يعرف الطالب ما اذا كانت المشكلة الصحية هى التى أتت بالمريض الى الطبيب . أم أن هناك مشكلة اساسية اخرى.ه وما اذا كان ممكنا التمييز بين الجانب العضوى والجانب النفسى والاجتماعى للمشكلات. وعندما يجتمع الطلبة بعد ذلك معا ويعرض كل منهم حصيلته على الاخرين سوف يدرك الطلبة ان كثير من معلوماتهم وتصوراتهم عن التشخيص او العـلاج قـد تغيرت ويجب على رائد مجموعة المناقشة أن يقود المناقشة بطريقة غير مباشرة بحيث يسمح للطلبة أن يصيغوا نتائج ما تعلموه فى الموقف الاكلينيكى بأنفسهم. وقد دلت التجارب التى استخدمت فيها هذه الطرق انها ناجحة اذ حققت نتائج ايجابية وحصل الطلبة على درجات عالية عندما تم تقييمهم .

أما **حلقات المناقشة** فهى ضرورية أيضا كطريقة تعليمية ، ولابد ان يوزع الطلبة فى شكل مجموعات صغيرة العدد لكى تكون الافادة اكبر ويعطى لكل طالب فرصة المناقشة . وفى كل مرة تقدم للطلبة مشكلة أو قضية يناقشونها : ويفضل ان يتم اعلام الطلبة بموضوع المشكلة قبل موعدها بفترة ويقترح على الطالب قائمة بالقراءات التى يمكن ان تساعده على رؤية المشكلة أو القضية رؤية صحيحة ومحاولة حلها . على ان يترك للطالب بعد ذلك حرية اعداد نفسه للمناقشة بالطريقة التى يراها بعد ذلك . ومن امثلة المسائل والقضايا تم اختيارها للمناقشة فى بعض كليات الطب ما يأتى :

أ — **ماهية المرض** : ويطلب من المشارك فى حلقة المناقشة أن يقرأ عن المرض كظاهرة مؤثرة على الحياة وعلى الخصوبة ، وان يتعرف على الجانب العضوى والجانب النفسى والاجتماعى للمرض . ويقدم كل طالب تصوره عن هذه الجوانب . وعادة ما تؤدى المناقشات الى دفاع الطالب عن وجهة نظره أو الى تعديلها . وتجرى المناقشات فى كل مجموعة بطريقة تختلف عادة عن الطريقة التى تجرى بها المناقشات فى المجموعات الأخرى ، ولهذا تصل كل مجموعة الى مرحلة ربمـا تختلف عن المرحلة التى تصـل اليها المجمـوعة الأخرى . اذ تستطيع بعض المجموعات أن تصل فى مرحلة مبكرة من المناقشة

الى ادراك حقيقة ان المرض له إبعاده الاجتماعية ، بينما قد تظل مجموعة أخرى غير قادرة على الوصول الى هذه النتيجة حتى فى نهاية المناقشة لان التركيز الاساسى قد يكون قد استمر منصبا على العوامل البيولوجية . ولكن حتى فى هذه الحالة تكون قد حدث ما يشبه التغير فى مراكز الاهتمـــام لدى الطلبة ، أو حتى مجرد التفكير فى وجود عوامل اخرى غير العوامل البيولوجية . ويكون ذلك كافيا فى هذه المرحلة أذ ان أسلوب المحاضرة الذى سيتبع بعد ذلك يمكن ان يزيد من التأكيد على هذا الجانب بحيث يعمل على ترسيخ دور العوامل الاجتماعية .

ب — **توزيع الموارد والاعتمادات على الخدمات الصحية :** تقدم للطلبة فى مناقشة هذا الموضوع الميزانية السنوية للصحة مع قائمة بالاحصـــاءات التى عادة ما تكون متوفرة لمخططى الخدمات الصحية ، ونسب الوفيات ، والمعلومات الخاصة بالمستشفيات . ويسأل الطلبة أن يضعوا معايير لتوزيع الميزانية على القطاعات الصحية الاقليمية .

وتهدف مناقشة هذه المشكلة الى تعريض الطالب لمحاولة التغلب على صعوبات تحديد مفهوم الصحة والحاجات الصحية بالنسبة للمجتمع المحلى ، والى التعرف على الاحكام القيمية التى ترتبط دائما بمشروعات توزيع الميزانية . ويبدأ الطلبة بمناقشة المعايير التى وضعها الطالب لتوزيع الميزانية . وفى هذه الحالة عادة ما يستند توزيع الميزانية لدى بعض الطلبة الى عوامل تختلف عن تلك التى يستند اليها التوزيع لدى غيرهم من الطلبة . وعلى سبيل المثال قد يكون المعيار لدى مجموعة من الطلبة هو عدد المرضى فى الوحدات الصحية الاقليمية ، بينما قد يقدم غيرهم من الطلبة معايير أخرى ، بينما قد يقـــول طالب « اذا كان عملى كطبيب سوف يكون هو توزيع الميزانية فسوف استقيل»

وسوف يستطيع الطلبة التعرف فى نهاية المناقشـــة عـــلى الخدمات والامكانيات الصحية المتاحة وسوف يتعرفون أيضا على تلك الصعوبات التى تواجه الاداريين الذين يعملون فى الخدمات الصحية ، وسيتعلمون أيضا عن الصراعات التى تحدث فيما يتعلق بتقييم الاحتياجات الصحية عند اتخاذ قرار توزيع الموارد .

جـ — **مستقبل الطب :** يسأل الطلبة ان يقرأوا عن التقدم التكنولوجى الذى حدث فى مجال الطب ، وأن يقرأوا قراءات أخرى عن مهنة الطب وعلاقة الناس بمن يمارسون هذه المهنة . ويطلب منهم بعد ذلك مناقشة تصوراتهم وأفكارهم عن مدى اهمية الجوانب المختلفة وضرورة التقدم الذى يجب أن يحدث فى كل جانب . وتهدف اثارة هذا الموضوع الى ترسيخ مفهوم الطب

كمفهوم شامل لدى الطالب يتضمن الجوانب الاكلينيكية والجوانب الانسانية والعلاقات الاجتماعية .

د — دراسة تاريخ بعض الحالات المرضية : يعرض على الطلبة تاريخ بعض الحالات المرضية التى تتضمن بعدا عضويا وتتضمن أيضا أبعادا اجتماعية ، مثل حالات امتناع المرضى عن تناول العلاج فى مواعيده وما قد يسببه ذلك لبعض المرضى مثل مرضى السكر من متاعب أو احتمال دخولهم فى غيبوبة الأمر الذى قد يعرضهم لفقدان وظائفهم ويعود ذلك بالتأثير السلبى على الأسرة . وتساعد مناقشة الحالات المرضية على تدعيم ما يمكن أن يتلقاه الطلبة فى المحاضرات عن السلوك المرضى وتصنيفات المرض وغيرها من الموضوعات .

ويتوازى مع حلقات المناقشة تدريس عدد من المحاضرات للطلبة تتراوح كل محاضرة بين ٤٠ ، ٤٥ دقيقة . وتسير هذه المحاضرات بنفس طريقة المحاضرة المعتادة ويمكن أن يحدث لها بعض التعديلات متى كان ذلك مناسبا ، وتتحدد هذه التعديلات فيما يأتى :

١ — فى بعض المحاضرات يجب أن يشارك عدد من المتخصصين فى فروع علمية مختلفة فى المحاضرة الواحدة بطريقة تكاملية . وعلى سبيل المثال يمكن أن يشارك المتخصص فى علم النفس والأنثروبولوجى والأخصائى الاجتماعى والطبيب فى محاضرة واحدة . فكل واحد منهم يشارك بالجانب التى يتصل بتخصصه .

٢ — يمكن اتباع طريقة أخرى يطلق عليها « مناقشة الفرد مع زميله » اذ يقسم الطلبة الى مجموعات تتكون كل مجموعة من طالبين . ويتكلم كل طالب الى زميله فى موضوع معين لمدة دقيقتين أو ثلاثة . ثم يتكلم الطالب الثانى ويستمع الطالب الأول . ثم يجتمع الطلبة بعد ذلك ويسأل المحاضر كل منهم ماذا تعلم من زميله ؟ أو يسأل بعض الطلبة اذا لم يكن الوقت متسعا . وتكون هذه الطريقة مفيدة اذا كانت أعداد الطلبة صغيرة واذا كانت مناقشات الطلبة تدور حول مفاهيم يعتقد أنها شائعة أو خلافية . ومن أمثلة الموضوعات التى تناقش بين الطلبة بهذه الطريقة : ما هى الصحة ، ما معنى مفهوم أعراض المرض ؟ لماذا يذهب الناس الى الطبيب ؟ ماذا نعنى بمفهوم الطبقة ؟. وتتيح طريقة المناقشة بين الطالب وزميله الفرصة له أن يتعلم شيئا جديدا أو شيئا لا يعرفه . وهى تتيح للمحاضر أيضا فرصة التعرف على ما يعرفه الطلبة عن هذه المفاهيم والموضوعات بحيث يستطيع بعد ذلك تحديد كيفية تناوله للموضوع فى المحاضرة .

٣ — يمكن استخدام طريقة اعداد التقارير بحيث يسال طالبين أن يقوما بتلخيص كل محاضرة وكتابة تقرير عن نقاطها الاساسية وتقييمها ، على أن يتلى هذا التقرير فى مدة تتراوح بين خمسة وعشرة دقائق قبل بدء المحاضرة التالية . وتنحصر فائدة هذه الطريقة فيما يلى :

أ — اعادة تذكير الطلبة بالنقاط الأساسية التى تعلموها .

ب — اثارة المسائل الخلافية على الملأ حيث تتم مناقشتها .

جـ — فتح قناة شرعية للطلبة لنقد المدرس وطريقة التدريس .

د — تتيح للمدرس فرصة التعرف على امكانية تنفيذ بعض الأهداف التعليمية .

نماذج من الموضوعات التى يمكن تدريسها للطلبة :

* **مقدمة : مفهوم الصحة** : ويعالج هذا الموضـــوع مفهوم الصـــحة بهدف ازالة الخلط الذى يوجد فى الذهن عن هذا المفهوم .

* **لمـــاذا يلجا الناس الى الاطباء ؟** : ويدور موضوع هذه المحاضرة حول سلوك المريض تجاه الطبيب . فيتم توضيح مراحل عملية اتخاذ الناس لقرار عرض امراضهم واعراضها على الطبيب . ويجب أن تعتمد مادة هذه المحاضرة على نتائج البحوث الواقعية . ومن المفيـــد أن يســـأل الطلبة ان يسجلوا الأعراض التى شعروا بها فى الاسبوع السابق على المحاضرة لأن ذلك يقدم دليلا قويا على ان قرار الذهاب الى الطبيب ليس قرارا ســـهلا ينبنى على ظهور اعراض بسيطة .

* **البناء الاجتماعى والصحة** : هناك مفاهيم عديدة لابد من مناقشتها داخل موضوع البناء الاجتماعى مثل مفهوم الطبقة وما يرتبط بهذا المفهوم من موضوعات مثل نمط الحياة ونسبة المواليد والوفيات ، ومدى اقبال الناس من طبقات مختلفة على استخدام اساليب الرعاية الصحية المتاحة . وهنـــاك موضوعات هامة اخرى ينبغى مناقشتها مثل موضوع المراة والمسنين .

ولكى تتم دراسة هذا الموضوع بطريقة وافية يتطلب عدة محاضرات .

* **الأسباب الاجتماعية للمرض** : ويجب أن تتضمن المحاضرة الأولى من مجموعة هذه المحاضرات ادلة تؤكد اهمية العوامل الاجتماعية فى حدوث

للامراض العضوية . فقد اتضح مثلا ان تحسن الصحة لم يحدث نتيجة التقدم فى العلاج الكيميائى كما يعتقد البعض بل يرجع الى التحسينات التى حدثت فى البيئة والتغذية والاسكان . ولهذا فان دور الطب اصبح هو الرعاية الصحية اكثر منه العلاج الطبى . وتعتبر مجموعة المحاضرات التى تدور حول هذا الموضوع من اهم المحاضرات لانها تعمل على تعديل الصورة المتكونة عند الطالب عن دور الطبيب. وينتظر ان تكون هناك مقاومة لهذه الافكار فى البداية ولكن يتوقع أن يحدث بعد ذلك تغيرا تدريجيا فى هـذا الجانب . ويمكن أن تخصص محاضرة من هذه المحاضرات لعرض نتائج البحوث التى تناولت دور العوامل الاجتماعية فى حدوث الأمراض النفسية .

* طبيعة المشكلات الطبية : يرتبط تدريس هـذا الموضوع للطلبة بالتعليم الاكلينيكى فى المواقف العلاجية . وتناقش طبيعة المرض بمعنى شامل ، كما يناقش ايضا أثر العوامل النفسية والاجتماعية مثل الصراعات فى الحياة الزواجية والمتاعب الأسرية فى ظهور مشكلات صحية .

* التصنيف الاجتماعى للأمراض والوصمة : تركز هذه المحاضرة على الآثار المترتبة على تشخيص مرض معين على أنه مرض خطير أو معد أو غير ذلك مما يؤدى الى تصنيف الشخص المريض نفسه : مع الاهتمام بفكرة أن هذا التصنيف يمكن فى بعض الاحيان أن يغير من ادراك الشخص لنفسه ، ويغير من سلوكه أيضا .

* العجز والتأهيل : التركيز فى هذا الموضـوع على أنواع العجـز المختلفة ونتائج تصنيف المعوقين بناء على هذا العجز فيما يتعلق بالتقبـول الإجتماعى والمكانة الاجتماعية .

* اساليب تقديم الخدمة الصحية : تتم المقارنة فى هذا الموضـوع بين تقديم الخدمة الصحية عن طريق القطاع الخاص وتركها لعوامل السوق وبين تقديمها بالمجان وفق نظام محدد .

* الصحة كقيمة اجتماعية : يحاول المحاضر فى هذا الموضـوع أن يكشف عن طبيعة الصحة ومفهومها وقيمتها فى المجتمع المصرى . ويشير الى إمكانية اختلاف مفهوم الصحة من المرضى الى الأطباء الى الاداريين الى الحكومة ذاتها . وما تؤدى اليه وجهات النظر المتفاوتة .

هذه مجرد امثلة للموضوعات التى يمكن أن تناقش فى المحاضرات فى مقرر دراسى . واذا أردنا أن نكـون برنامجا متكامـلا علينا أن نرجع الى

موضوعات الدراسة فى الاربعة فصول الأولى ، فالموضوعات التى تدرسها الداوم والدراسات الاجتماعية المذكورة فى هذه الفصول تصلح لأن نختار منها ما نريده بحسب نوعية البرنامج الذى نريد تكوينه .

ويلاحظ ان المحاضرات وحلقات المناقشة لابد أن يواكبها برنامج قراءات يهدف الى اعطاء خلفية للطالب تساعده على فهم ما يدور فى المحاضرات وحلقات المناقشة كما يساعده على ان يبحث عن تفاصيل الموضوعات التى تثار أو التى يهتم بها الطالب شخصيا .

ومن الضرورى وضع معايير لتقييم الطلبة . وتوزع درجات النجاح على بنود التقييم المختلفة . وعادة ما يجمع من يدرسون هذه المواد بين أسلوب الامتحان التحريرى حيث يجيب الطالب على مجموعة من الأسئلة ، وبين طلب كتابة مقال فى احد الموضوعات (١١) .

---

(11) David Armstrong, The way we Teach Medical Sociology, in Handbook of Sociology Teachers, by Roger Gomm and Patrick Neill, Heinemann, Educational Books, London, 1982, 285, 289.

الباب الثالث

ممارسة الطب

الفصل السابع

العـــلاقة بين الطبيب والمريض

درس علماء الاجتماع العلاقة بين المريض والطبيب دراسة تفصـــيلية . فقد افردت كثير من كتب علم الاجتماع الطبى فصولا مستقلة لدراسة هـــذا الموضوع . وتضمنت الفصول الاخرى التى لم تخصص لدراسة علاقة الطبيب بالمريض اشارات عديدة لابعاد هذه العلاقة ؛ فيصعب أن نجد عملا علميـــا يتعلق ببيئة الطب والعلاج لا يشير من قريب أو بعيد الى هذه العلاقة . وقد مال بعضهم — مثل بارسونز Parsons — الى التأكيد على الفهم المتبادل بين المريض والطبيب . فقد نظر بارسونز الى كل منهما على انه يؤدى دورا اجتماعيا أو يتبع نمطا سلوكيا له معالمه المحددة من وجهة النظر الاجتماعية . بينما اتجه البعض الآخر مثل فريدسون Freidson الى دراسة الجـــانب الصراعى فى العلاقة وتحديد الوسائل التى يستخدمها كل من الطبيب والمريض للوصول الى اهدافه . وعلى الرغم من أن كل اتجاه من هذين الاتجاهين يركز على جوانب معينة فى العلاقة بين الطبيب والمريض فان كل منهما يسهم فى فهم تفاصيل عديدة لها فائدتها فى فهم ديناميات هذه العلاقة بصفة عامة (١) .

وتمت ملاحظـــة علمـــاء الاجتمـــاع للعـــلاقة بين الطبيب والمريض فى المستشفيات وأماكن العلاج . كما حاولوا تتبع النتائج الطبية لنوعية البنـــاء الاجتماعى الذى يحكم هذا التفاعل بين شخصين . وقد توصلوا من هـــذه الدراسات الى نتائج هامة . فقد وجدوا مثلا أن الاختلافات الطبقية بين الطبيب والمريض قد اثرت على العلاقة الاكلينيكية . كذلك توصلوا الى أن ثقة المريض فى الطبيب تزداد اذا لم يكن الطبيب يعيش فى عزلة اجتماعية عن المجتمـــع المحلى الذى يعمل فيه أو عن جمهور المرضى الذين يقوم بعلاجهم . واتضح أيضا أن كثير من القرارات الاكلينيكية التى يتخذها الطبيب تعتمد على علاقاته

---

(1) Margret Eden, Social Work in Investigation and Management, Medicine., The Quaterly — Add on Series of Practical General Medicine (5 Psychiatry) p. 85.

الخاصة داخل مهنته وعلاقاته مع المجتمع المحلى ، وعلى سبيل المثال فان الاصل الاثنى للطبيب ، واصل عائلته ، وتعليمه الاولى ومهارته المهنية تؤثر فيمن سيرتبط بهم من الزملاء ، وفى نوعية المستشفيات التى يود أن يعمل بها ، وهذا بالتالى سيحدد مجال علاقاته ونوعية التسهيلات التى يتمتع بها وطبيعة الخبرات الطبية التى سيكتسبها ويفيد منها ثم يحدد الآثار المترتبة على ممارسته للطب (٢).

وتنشأ علاقة الطبيب بالمريض من خلال موقف اجتماعى هو موقف العلاج . ويكون الطبيب والمريض فى هذة الحالة شخصان فى حالة تفاعل اجتماعى هدفه الاساسى هو تغيير حالة المريض الصحية . ونظرا لان المريض لا يستطيع الخروج بمفرده من دائرة مرضه ، لهذا فهو يعتمد اعتمادا أساسيا على الطبيب ، ويدخل الى موقف التفاعل برغبته وفى بعض الاحيان بدون رغبه مدفوعا بحاجته الى الشفاء . وهذا ما يؤدى الى أن يصبح هذا الموقف شديد التميز عن مواقف اجتماعية اخرى كثيرة يوجد فيها الفرد ويتفاعل من خلالها مع الآخرين فى حياته اليومية . وما سنحاول أن نتعرف عليه هنا هو مكونات هذا الموقف التى يجب أن يضعها الطبيب فى اعتباره أثناء تعامله مع المريض لكى يتم هذا التعامل بطريقة تحقق الغاية الاساسية من الوجود فى الموقف ، ثم نتعرف بعد ذلك على العوامل والظروف والاعتبارات التى تؤثر فى هذه العلاقة .

مكونات موقف التفاعل الاجتماعى للطبيب والمريض :

اذا أردنا دراسة طبيعة العلاقات الاجتماعية بين شخصين أو جماعتين فان أفضل مدخل لدراستها هو ان ننظر الى هذه العلاقة فى ضوء فكرتى الفعل والموقف . فجميع مشاهداتنا الواقعية لعلاقات الناس يمكن جمعها فى هاتين الفكرتين : الفعل (وهو يتضمن فكرة التفاعل) ثم الموقف الذى يحدث فيه الفعل . وكل التعميمات التى نصل اليها من الشواهد الواقعية لابد أن تحدد الفعل الواضح والموقف الذى يحيط بالفعل حتى اذا كان الغرض النهائى هو دراسة الشخصية أو النسق الاجتماعى أو الثقافة (٣) . والموقف الاجتماعى

---

(2) International Encyclopedia of Social Sciences, The Macmillan Company and The Free Press, New York, 1968, vol. 14., p. 495.

(3) Margret Eden, Op. Cit., pp. 84, 85.

الذى يتعامل من خلاله الطبيب والمريض موقف تؤثر فيه المعرفة والخبرات والخلفية الاجتماعية لكل منهما على النحو التالى :

١ — **التاهيل العلمى والخبرة الفنية للطبيب** : من الطبيعى أن تتاثر علاقة الطبيب بالمريض بخبرة الأول الفنية وكفاءته العلمية ، بل هى من أقوى المؤثرات نظرا لأن التاهيل العلمى للطبيب وخبراته هى رصيد الطبيب الذى يدفع المريض الى الالتجاء اليه . ولا شك ان ضعف المعلومات الطبية عند الطبيب الأمر الذى يمكن ان يحدث لأسباب عديدة ، له آثار على افادته من فترة تدريبه الاكلينيكى ، وبالتالى على كفاءته فى التشخيص والعلاج . ولا يتوقف نجاح الطبيب فى هذا الموقف على مجرد وجود المعلومات ، بل على قدرته على استخدام هذه المعلومات ، وقدرته على الاستنتاج . وسؤال المريض ، وتوظيف هذه المعلومات . ومن الطبيعى أن خبرات الطبيب السابقة فى الحالات التى عالجها سوف يدخلها فى اعتباره فى علاجه لأى مريض . والمعروف ان التزود بالمعرفة الطبية واكتساب خبرات ومهارات فى الممارسة امر يجب الا يتوقف طالما ان الاكتشافات الحديثة فى مجال الطب مستمرة ، ذلك ان ارتفاع كفاءته ومواكبة مستوى المعرفة لديه لما يصل اليه الطب يساعد على مزيد من النجاح فى العلاج الأمر الذى يعتبر احد العوامل الاساسية فى بناء العلاقة بين الطبيب والمريض .

٢ — طبيعة الدور الاجتماعى للطبيب والمريض والقيم المرتبطة بكل دور :

يفترض ان آداء الطبيب والمريض لدورهما وتفاعل كل منهما مع الآخر عبارة عن عملية يهدفان منها الى تنظيم تفاعلهما مما يؤدى الى النظر الى سلوك كل منهما على أنه تعبير عن التوجه المتسق الذى يحمل معنى يدركه كل منهما . ويكتسب التفاعل هذا المعنى من خاصيته كطريقة للنجاح فى التعامل بين اشخاص لهم نفس التوجهات المتسقة . ويعتبر تطابق سلوك كل منهما مع التوقعات الاجتماعية هى الطريقة التى يظهر بها الدور الذى يؤديه الواحد على انه له علاقة بالدور الذى يوديه الآخر (٤) .

وينبغى أن نفرق عندما نناقش موضوع الدور بين الدور المحدد اجتماعيا

---

(4) Ralph H. Turner, The Nature of Role Interaction In Modern Sociology ed. by Peter Worsley, Penguin Books, 1972, p. 476.

ذلك الذي يرتبط بالتوقعات الاجتماعية.وبين تصور الشخص عن دوره اذ يختلف احيانا تصور الشخص القائم بالدور لطبيعة دوره عن ذلك التحديد الاجتماعي للدور . وفي موقف الطبيب والمريض يؤثر تصور الطبيب عن دوره وعمله والتزاماته على العلاقة بينه وبين المريض . فيتصور بعض الأطباء أن عملهم هو أن يفحصوا المريض ويكتبوا العلاج . ويؤدي هذا التصور الى أن يعتبر الطبيب أن ما زاد على ذلك فهو ليس واجبا عليه ولهذا تهمل الجوانب الانسانية تماما في العلاقة بينهما . وهذا هو السبب في أن الابحاث قد اوضحت أن الطبيب قد ينجح في توجيه تعليمات الى المريض ولكنه لا ينجح في ان يبعث الاطمئنان في نفس المريض ويقدم له معلومات عن المرض يمكن أن تزيد من هذا الاطمئنان . وهناك من الأطباء من هم على كفاءة عالية في التخصص والمهارة وآداء العمل ، ويعرف الجميع عنهم ذلك . ولكن منهم من لا يعطي للجانب الانساني اهتماما لهذا فعلى الرغم من أن المرضى يذهبون اليهم الا انهم عادة ما يتضررون من تعاملهم معهم . ولهذا فكما يتحدثون عن مهارتهم ، يتحدثون أيضا عن طريقة معاملتهم لمرضاهم . وفي أحدى المدن الأجنبية كان احد اطباء الاسنان مشهورا بمهارته ولكن كان يطلق عليه أيضا إنه « جزار » اذ لم يكن يهتم بالمريض اذا كان يتألم أم لا ، بل كان اهتمامه ينصب على انجاز عمله . ولهذا كان الكثيرون يلجأون اليه ولكنهم يرتعبون بمجرد جلوسهم على الكرسي .

ويوضح لنا هذا المثال الاخير أن فكرة التعامل بين المريض والطبيب على أنه تعامل انسان لانسان تختفي أحيانا في بعض مواقف العلاج ، ويصبح التعامل آلي . وفي هذه الحالة قد تستمر العلاقة بينهما فترة طويلة تتصف بالالتزام من جهة المريض والاخلاص والاجتهاد من جهة الطبيب ، ولكن يكون الجانب الانساني فيها قد فقد تماما ؛ ولهذا لا غرابة أن يشعر المريض بالالم والخوف عند دخوله العيادة . ويمكن أن تظهر في هذه الحالة مشكلات سيكولوجية ربما تؤدي الى امتناع المريض عن زيارة الطبيب ، والى غيرها من المشكلات التي لا يوفر هذا النوع من العلاقات الفرصة الكافية لعلاجها .

ونحن اذا وقفنا وحللنا هذا الموقف فنجد أنه يتصف بعدم المساواة ، اذ أن الطبيب يرى فيه انه « سيد الموقف » وهو الذي يتحكم ، ليس في الجانب الفني العلاجي فقط ، بل أيضا في اتجاه العلاقة الانسانية فيجعلها من طرف واحد (طرف الطبيب) يصدر تعليماته للمريض ولا يسمح له باكثر من مجرد السمع . وهذا يتضمن السيطرة وعدم المساواة في العلاقات بين البشر .

واذا حاولنا ان نبحث في تراث علم الاجتماع فسوف نجد أن هناك تحديدا للسمات الأساسية لدور المريض . ويؤدي تعرفنا على طبيعة دور المريض

وسماته الى مزيد من فهم سلوك المريض ذاته من ناحية ، وديناميات العلاقة بينه وبين الطبيب من ناحية أخرى . واهم السمات ما يأتى :

* **ان المريض — وبسبب المرض وحده — يستثنى من القيام بدوره اليومى العادى .** واحيانا يستثنى من مسؤلياته الاجتماعية كزوج أو كعائل لاسرة أو كعامل فى مؤسسة أو مصنع . وتتوقف درجة الاستثناء ومدته على على خطورة المرض وعلى فترة بقاءه فيه . ففى حالة العجز الدائم أو الامراض المستعصية يستثنى المريض طول حياته من القيام ببعض الادوار . أما فى حالة الامراض المعدية فقد يعزل المريض ولهذا يترك جميع أدواره اليومية ، ولكن لفترة معينة . وفى حالة الاصابة بالانفلونزا والبرد وما الى ذلك فان المريض قد يستمر يمارس ادوأره العادية أثناء اعتلال صحته وقد يعتكف عدد قليل من الايام .

والطبيب هو الشخص الذى يحدد للمريض دوره فى فترة المرض ، وهو يجب أن يضع فى خلفيته حينما يفعل ذلك اعتبارات عديدة منها أن بعض المرضى يظلون يؤدوا أدوارهم اليومية وذلك بسبب جهلهم بطبيعة أمراضهم واستخفافهم بها أو عدم درايتهم بامكانية العدوى . وفى أحيان أخرى تكون صعوبة الظروف الاجتماعية والمسئوليات العائلية هى العامل القوى الكامن وراء استهانة الشخص بالمرض واقدامه على أداء أدواره اليومية ، الأمر الذى يمكن أن يؤدى الى ازدياد حالته الصحية سوءا . وقد اتضح أن الظروف العائلية لبعض المرضى تضطرهم الى القيام بمجهود بدنى عنيف أو حمل أشياء ثقيلة بعد اجراء جراحات لا تتطلب ذلك . وفى كل هذه الحالات اذا وضع الطبيب فى اعتباره دور المريض اليومى وتعرف على حالته العائلية وظروفه الاجتماعية والعمل اليومى الذى يمارسه ، فانه يمكن أن يقدم نصائح لهـا فائدة عملية بالنسبة للمريض . وسيستطيع بطريقة عملية أن يحدد له الادوار التى يستطيع القيام بها والأدوار التى يستثنى منها . وفضلا عن ان ذلك سيؤدى الى أفضل نتيجة فيما يتعلق بالعلاج فانه سيؤدى أيضا الى احساس المريض بوجود من يهتم بظروفه ويوجهه من خلال فهم واقعه .

* **ان المريض لا يستطيع أن يساعد نفسه ، ولابد أن يجد له من يعتنى به .** والطبيب هو أول من يعتنى بالمريض ، ولكنه يحدد أيضا نوع العناية المطلوبة فى البيئة التى يعيش فيها المريض (فى منزله مثلا) والأشخاص الذين يمكن أن يساعدوه . ويلاحظ أن هناك بعض المرضى . وخاصة المصابين بالاضطرابات العصبية يحاولون فى بعض الأحيان استجماع قواهم وضبط انفسهم بحيث لا يظهروا على انهم مرضى . وفى هذه الحالة يتطلب الأمر من الطبيب اكثر من مجرد التعرف السهل المباشر على المريض وعلى ما يعانى

منه ، بل يحتاج الى بذل الجهد للوصول الى أعماق وأبعاد تمكنه من مساعدة المريض .

* **يعتبر المريض ان المرض شيئا سيئا** . ولهذا يفترض أنه يرغب فى التخلص منه لكى يصبح صحيحا ويعود الى آداء أدواره اليومية . وتساعد هذه السمة المريض على الاستجابة لتعليمات الطبيب . ويلاحظ انه كلما زادت رغبة المريض فى العودة الى أدواره اليومية كلما كان اكثر تعاونا مع الطبيب . لهذا فان قدرا من تشجيع المريض وتذكيره بأدواره اليومية وبأهمية الرجوع اليها بسرعة يعد عملا مطلوبا . ولكن يلاحظ ايضا أن هناك مرضى يرغبون فى اطالة فترة المرض هروبا من أدوارهم اليومية . وهؤلاء يحتاجون الى التعرف على نوعية المشكلات التى يعانون منها فى مجـــالات انشطتهم المختلفـــة لكى يتخلصوا من متاعبهم او يكفوا عن حالة التمارض .

* **يفترض أن يتعـــاون المريض مع الطبيب** ، بـــل يفترض انه يطلب مساعدته لكى يرجع الى حالته الطبيعية . وعلى الرغم من أن هـــذا الافتراض ينطبق على معظم الحالات الا أن الواقع يوضح أن بعض الحالات لا تتعاون مع الطبيب ، اما بسبب الظروف الاجتماعية كما سبق وأوضحنا أو بســـبب عوامل ثقافية كما سيتضح فيما بعد . وفى كل الحالات يحتاج هؤلاء المرضى الى اهتمام خاص من الطبيب لكى يستطيع ضمان تعاون المريض معه ، بل لكى ينجح فى أن يجعل المريض يشعر دائما بالحاجة اليه (٥) .

اما القيم التى تتحكم فى آداء الدور وترتبط به فهى تظهر بجلاء فى الدراسة الواقعية التى قام بها بارسونز لممارسة مهنة الطب . فقد ذكر أن القيم التى ترتبط بهذه المهنة تتمثل فيما يأتى : النوعية ، الحياد الوجدانى ، والعمومية ، والانجاز ، والتوجه الجماعى ، وذلك على النحو التالى :

أ — وتتمثل النوعية فى أن الطبيب يعالج مرضا محددا مثل الالتهـــاب الرئوى ولكنه لا يحاول أن يحل كل المشكلات التى يصادفها المريض فى حياته .

ب — ويتمثل الحياد الوجدانى فى أن الطبيب يحدد المرض مســـتندا الى أسس علمية دون أن يستند هذا التحديد الى أنطباع عاطفى عند الطبيب لمـــا يعانيه المريض من مشكلات شخصية بسبب مرضه .

---

(5) Susser and Watson, Op. Cit., pp. 194, 195.

جـ — وتظهر قيمة العمومية فى استخدام الطبيب معايير عامة بالنسبة لكل مرضاه فى التشخيص والعلاج . وهو لا يختار مرضاه من إقاربه أو جيرانه أو أصدقائه فقط ، أو من المعارف الذين لديهم دالة شخصية أو علاقة اجتماعية به .

د — يستند الطبيب فى آداء دوره الى كفايته وخبرته العلمية والفنية دون أن يكون لعوامل الانتماء او الوراثة أى تأثير فى قدرته كطبيب . وهذه قيمة الانجاز .

هـ — يهدف الطبيب من آدائه لدوره الى تحقيق رفاهية الجماعة وصالحها — أى جماعة فى المجتمع — سواء كانت جماعة الأطباء أو المرضى او غيرهم — ولا يهدف اساسا الى تحقيق ربح أو منفعة شخصية . وهذا ما يعرف بقيمة التوجه الجماعى (٦) .

٣ — ثقافة المريض :

لكل شعب ثقافته التى تحوى بعض العناصر المتميزة . وعلى الرغم من أن الجماعات البشرية هى التى تخلق معظم عناصر ثقافتها وتصطلح عليها فان الثقافة يصبح لها تأثيراً قويا على الانسان . فالانسان قد يصعب عليه فى بعض الأحيان التخلص من عاداته ، وقد يصعب عليه أن يقاوم تقاليد المجتمع الذى نشأ فيه أو يغير معتقداته . وتظهر المشكلة عندما تؤدى بعض عادات الانسان وممارساته الى تسهيل عملية اصابته بمرض معين ، أو تعوق شفائه من مرض أصابه . فى هذه الحالة يصبح أمر تغيير العادة أو الممارسة ضروريا للوقاية من المرض أو للحد من انتشاره فى المجتمع ككل . ولما كانت عادات وممارسات الانسان تتصل بشبكة معقدة من الظواهر التى تتصل بحياته الاجتماعية والنفسية وتتصل بتحقيق أمنه وسلامه النفسى فقد كان أمر تغيير عادات الانسان ومعتقداته يتطلب اسلوبا خاصا يقوم اساسا على فهم الانسان ودوافعه ثم العائد الذى يجنيه من وراء كل ممارسة يقوم بها .

والطبيب يحتاج فى تعامله مع المريض ان يضع فى اعتباره الخلفية الثقافية

---

(٦) د. محمد عارف . تالكوت بارسونز . رائد الوظيفة المعاصرة فى علم الاجتماع . مكتبة الأنجلو المصرية . القاهرة سنة ١٩٨٢ ، ص ص ١٢٦ ، ١٢٧ .

للمريض . وهذا ما سنناقشه بالتفصيل فى موضع آخر . ذلك ان عملية الربط بين العادات الشخصية والمعتقدات الشعبية وبين المرض يصعب على المريض أن يعيها ، ولهذا تبقى لخدمهام الطبيب الاساسية . فهو عليه أن يتعرف — من المريض او من ذويه — على جوانب ثقافته التى قد تتعلق بالمرض الذى يعانى منه . ولنلاحظ أن لكل جماعة بشرية ثقافتها الخاصة . وما يسود بين جماعة معينة من عادات ومعتقدات يختلف عما يسود لدى جماعة اخرى . بل انه داخل المجتمع الواحد تختلف سلوكيات الناس الذين ينتمون الى طبقات اجتماعية أو جماعات اجتماعية مختلفة .

ولناخذ مثالا واحدا يوضح لنا اهمية تعرف الطبيب على ثقافة المريض لكى يتمكن من ارشاده ارشادا صحيحا . من المعروف أن المعتقدات هى أحد عناصر الثقافة . وهى تلعب دورا هاما فى تفسير المرض ، وفى قبول المريض للعلاج الذى يقرر له . فهناك معتقدات تدفع الانسان الى تفسير الأمراض — خاصة المفاجئة او الحادة او المستعصية — تفسيرات غيبية بالرجوع الى الأرواح الشريرة وغيرها . ومادامت التفسيرات غيبية فان العلاج دائما يتناسب مع هذا التفسير ولهذا عادة ما يكون علاجا سحريا . وبسبب ذلك عادة لا يلجأ الناس الى الطبيب الا بعد استفحال المرض . ولا يدرك المريض وحده أن معتقداته تحجب عنه الرؤية الصحيحة للأسباب الحقيقية للمرض فتقدم له تفسيرا خاطئا وعلاجا غير نافع . وعلى ذلك فالمريض يحتاج من الطبيب الذى يستطيع النفاذ الى الأسباب الحقيقية للمرض ان يوضح له العوامل المرتبطة بحياته وعاداته وتؤدى الى اصابته بالمرض ، كما يحتاج ان يتعرف ايضا من الطبيب على الأسباب الموضوعية للمرض .

٤ — تصور المريض لمرضه وقدرته على التعبير عنه :

احيانا يصاب الطبيب بالزعر عندما يتحدث المرضى عن امراضهم . فالحديث احيانا ينم عن عدم المعرفة واحيانا يعبر عن فشلهم التام ، فى التعرف على طبيعة امراضهم ولهذا يبالغون فيها او يقللون من خطرها . ولكن يجب أن ندرك أن المعرفة تتصف بالنسبية فلا يستطيع انسان ان يكون على دراية بجميع فروع المعرفة . ولعل ذلك يخفف ويقلل من الهوة التى يشعر الطبيب انها تفصل بين تفكيره وتفكير المرضى اثناء تعامله مع مرضاه .

ويؤدى عدم معرفة المريض بمرضه الى وجود تصورات خاطئة لدى المريض عن مرضه ، خاصة فى حالة الأمراض الخطيرة . فعندما يفحص الطبيب مريضا بالانفلونزا فهو سيكتب له العلاج وينصحه بان يلازم الفراش

لعدة ايام ، وسيكون لدى المريض ادراكا بان حالته ليست فى خطر . ولكن لا تسير الأمور بهذه السهولة فى جميع المواقف ، ففى حالة علاج مريض مصاب بالسل سوف يكون الموقف أكثر تعقيداً وسيتضمن الكثير من سوء الفهم والتشكك من جانب المريض . فبمجرد ان يذكر الطبيب اسم المرض ، وحتى لـو ذكر الطبيب أن المرض فى مرحلة مبكرة لا يحتاج الا الى عدد قليل من الشهور يتبع فيها المريض بعض التعليمات التى تتعلق بعاداته اليومية ، فانه سوف يرى الأمـر بطريقة مختلفة تماما . فسـوف يرى أن المرض يمكن ان يؤدى الى الموت ، أو انه لعنة له ولأسرته او يمكن ان يراه عقوبة على خطيئة اقترفها . وتنظر بعض الجماعات البشرية الى المرض على انه وصمة عار بالنسبة للشخص وبالنسبة لأسرته . وهذا يزيد من احساس المريض بالذنب . وأحيانا تؤدى العوامل النفسية الى ان يتجاهل مريض معين علاج وتعليمات الطبيب ويمكن أن يخرج ويعمل لكى يبدو كما لو كان صحيحا ولكى يمحو العـار عنه وعن جماعته . فى هذه الحالة سوف لا يتبع المريض تعليمات الطبيب ، ولن تحقق العلاقة الفائدة المرجوة منها . ويلقى هذا مسئوليات اكبر على الطبيب تتعلق بتغيير تصور المريض عن مرضه بهدف التأثير فى سلوكه لكى يستجيب للعلاج .

وتدل الدراسات التى اجريت فى أمريكا وانجلترا على أن ادراك الناس للمرض يختلف باختلاف التعليم وباختلاف الطبقة الاجتماعية التى ينتمى اليها المريض كما تختلف باختلاف الجماعة الاجتماعية التى نشأ فيها المريض (٧) . كذلك فان التعبير عن المرض يختلف ايضـا باختلاف العوامل الاجتماعية . وعلى الرغم من أن من يمارسون الطب قد توفر لديهم منذ زمن طويل ادراك وجود اختلافات بين المرضى فى تعبيرهم عن امراضهم وعن الاعراض التى يشعرون بها مرجعها الى عوامل ذاتية ، فان ادراكهم لأثر العوامل الاجتماعية مثل الانتماء إلى جماعة معينة كان فى ادنى درجاته . ويعد ادراك اثر العوامل الاجتماعية فى احداث الاختلافات فى التعبير عن المرض من المسائل ذات الأهمية الكبرى كعامل مساعد فى تشخيص وعلاج كثير من الأمراض ، خاصـة تلك الأمراض التى يعتمد فيها التشخيص على ما يسـتطيع المريض أن يخبر به الطبيب ، أو ما يرغب أن يخبره به ، او ما يرى إنه من الضرورى أن يخبره به . ولهذا فان الطبيب الذى لا يعطى اهتماما لخلفية المريض ويقدر مـدى مساعدتها له فى تشكيل استجاباته يمكن أن يفقد الكثير مما يمكن أن يساعده فى التشخيص السليم (٨) .

---

(7) Susser and Watson, Dp. Cit., pp. 64-65.

(8) Irving Kennéth Zola, Culture and Symptoms : An Analysis

العوامل المؤثرة على علاقة الطبيب بالمريض :

هناك عوامل متعددة تؤثر على العلاقة بين الطبيب والمريض من بينها :

ه — نظرة المريض الى الطبيب :

من العوامل الهامة المؤثرة فى العلاقة بين الطبيب والمريض فى موقف العلاج نظرة المريض الى الطبيب . وينظر المريض دائما الى الطبيب على أن بيده شيئا سحريا أو معجزيا أو على الاقل مفيدا . وتختلف درجة احساس المريض بذلك ايضا تبعا لاختلاف درجة ثقافته وتعليمه . فكلما انخفضت درجة التعليم كلما قل وعى المريض بالمرض واسبابه وكلما تضخمت صورة الطبيب ومهمته حتى ليصبح الطبيب عند المريض مثل « الكاريزما » . ولكن بصفة عامة وايا كان تصور المريض للطبيب فان الجميع يخضعون للطبيب بسبب انه يملك سلطة ومعرفة اكثر منهم . وكل ما يحدث لدى المتعلمين هو أنهم يناقشون تشخيصه وعلاجه وقراراته التى يتخذها بشأن المرض ، كما يمكن أن يعلنوا عن عدم رضاهم أو اقتناعهم فى بعض الاحيان بما يقوله الطبيب . فقد أظهرت البحوث فى بريطانيا أن عدم الرضا والاقتناع المتبادل كان بدرجة مرتفعة فى حالة تعامل الاطباء مع مرضى من الطبقات العليا والمتعلمين (٩) .

ولهذا فان الطبيب فى تعامله مع المريض عليه أن يدرك هذا التفاوت الذى يجعل المرضى يتقبلون عليه وعلى علاجه بتصورات مختلفة . ففى حالة غير المتعلمين يمكن للطبيب أن يمارس تأثيرا سحريا على المريض اذا هو أراد ذلك واذا استخدم الهوه والتباعد فى المعرفة للتأثير على المريض لصالح تحسين صحته . ويمكن أن يتم ذلك بطرق متعددة اهمها توجيه تعليمات وتوصيات واضحة . ولنعلم أن الشخص الذى يتصور أن لدى الطبيب عصا سحرية عندما يتعرض لمواقف تهز هذا التصور فانه يميل الى فقدان الثقة بسرعة اكثر من الشخص المتعلم الذى يمكن أن يقدم الاعذار والاحتمالات .

ولا يؤثر فى الموقف فقط نظرة المريض الى الطبيب كشخص فالمريض سوف تكون له نظرة تؤثر فى اتجاهاته نحو كل شىء يوجد فى موقف الفحص

---

of Patients' Presenting Complaints, in Problems of Modern Society, Op. Cit., p. 442.

(9) Susser and Watson, Op. Cit., p. 243.

والعــلاج : نحــو الطبيب ، ونريق التمريض ، ومكان الفحص ، والاجهزة المستخدمة ، ونوعية العلاج الذى يقرره الطبيب . وهــذا يؤثر على مدى ايجابيته واستجابته للعلاج واقباله على المكان . فعندما ينتشر مثلا فى قرية معينة ان اخذ عينات البول والبراز من المرضى لا تتم فى مكان مغلق وآمن فاننا نتوقع ان يمتنع بعض الرجال ، ومعظم النساء عن الذهاب الى هذه الوحدة أو العيادة للتحليل . وعندما يسود لدى الناس فكرة عن ان العلاج الذى تقدمه الوحدة الصحية ليس أكثر من « شربة وحبتين » فيؤدى ذلك الى أن يتضاءل عدد المقبلين على العلاج فى الوحدات الصحية وما يتبع ذلك من تأخر فرص الشفاء .

٢ ـــ ادراك المريض لبعض نواحى القصور فى آداء الطبيب :

تؤثر ملاحظات المريض للطبيب على العلاقة بينهما . فاذا لاحظ المريض بعض جوانب القصــور فى آداء الطبيب لعمله ســواء من الناحية الفنية أو الانسانية فانه يمكن أن يتأثر بذلك تأثرا سلبيا . ويحدث ذلك حينما يكــون القصــور موجودا بالفعل أو حينما يتصــور المريض ذلك . وعادة ما تحدث الحالتين : فأحيانا يحدث القصور بالفعل بسبب ضعف الامكانيات ، أو ضيق وقت الطبيب ، أو عدم اهتمامه بالمريض أو نتيجة أية اسباب أخرى . وفى بعض الأحيان يتصور المريض فقط أن الطبيب مقصر اما بسبب حســاسيته الشديدة لمرضه ، أو بسبب خوفه على نفسه ورغبته فى أن يهتم به الطبيب طول الوقت ، أو نتيجة معلومات أو خبرات وصلت الى المريض عن الطبيب وعن كيفية آدائه لعمله ، أو عندما يرى المريض بخبرته البسيطة ومعلوماته المتواضعة ان علاج الطبيب ليس فعالا ، وهذا عادة ما يحدث نتيجة رغبــة المريض فى ان يلاحظ حدوث تحسن سريع فى حالته ، أو حينما تحدث بعض الأعراض الجانبية ، او عندما يحدث الألم سواء أثناء تلقى العلاج أو فى الاوقات التى تلى ذلك . فى كل هذه الحالات يحدث سوء الفهم وسوء التفسير . ويمكن التغلب على ذلك فى حالة وجود فرص اللقاء بين الطبيب والمريض ، وخاصة اذا كان الطبيب يسمح للمريض بأن يتساءل ويناقش ويستفسر عن نوعيــة العلاج وعن تأثيره والفترة التى يحتمل أن يتم فيها الشفاء التام .

جـ ـــ ضيق الوقت المتاح لاداء الخدمة الطبية :

يحتاج أى نوع من العلاج الى الوقت لكى يتم الشفاء . وعلاقة الطبيب بالمريض يجب ان تستغرق الوقت الكافى حتى يتم الشفاء . ولكن الملاحظ الآن أن الوقت المتاح لاداء الخدمة الطبية يتناقص ، وأن نصيب كل مريض من وقت

الطبيب يتضاءل تضاءلا مستمرا بمرور الوقت ويعكس ذلك نسبة عدد الأطباء الى عدد السكان فى اى دولة او فى أى جماعة اجتماعية . هذا بالاضافة الى انه كلما تخصص الطبيب كلما ضاق وقته وخاصة اذا كان من الأسماء الشهيرة وذلك بسبب زيادة عدد المقبلين عليه . ويتناقص الوقت المخصص لكل مريض من جانبين : الأول هو الوقت المخصص لكل زيارة ، اذ يتناقص وقت الزيارة الى أن يقتصر على الفحص والزمن الذى يستغرقه لكتابة العلاج . والثانى هو استمرار المريض مع الطبيب فترة زمنية كافية لمتابعة حالته اثناء المرض وبعده . ومن الطبيعى انه اذا لم يكن هنــاك الوقت الكافى لعــلاج المرضى فيصعب أن يتوفر الوقت لعمليات الفحص الطبى الدورى لعامة الناس . وقد لوحظ فى المستشفيات بصفة خاصة أن الاحتكاك المباشر والمكثف مع المريض يكون مع من هم أقل خبرة من غيرهم وينطبق ذلك على الأطباء وفريق التمريض أيضا (١٠) . ومن الطبيعى انه اذا كانت العلاقات فى الحالة الأولى تكــون ضعيفة فانه فى هذه الحالة الاخيرة يمكن أن تكون شبه منعدمة .

سبق أن أشرنا فى الفصل السادس الى أن التدريب الذى يتلقاه طالب الطب مازال فى مرحلة بدائية من حيث العلاقات الانسانية ، فالاهتمام بالجوانب السيكولوجية والاجتماعية مازال فى مرحلة المهد . وهذا يؤثر على علاقات الاطباء مع المرضى نتيجه اهتمامهم الى المشكلات الفنية للمرض . وهــذا عادة ما يكون له وقعه الشديد على نفسية المريض خاصة حينما يكون المرض مؤديا الى الوفاة أو الى اى شكل من اشكال العجز . ولهذا فنحن فى حاجة الى تدريب الاطباء (وكل من يعملون فى الخدمة الطبية ويتعاملون مباشرة مع المرضى) تدريبا خاصا يمكنهم من رؤية المشكلات النفسية والاجتماعية للمرض وأن يتعاملوا معها ويعالجونها ، الامر الذى أحس به من اهتموا بالجوانب الانسانية فى مجال الطب والعلاج . وعلى سبيل المثال فقد سمح فى أحد الأقسام التى خصصت لعلاج الأطفال المصابين بسرطان الدم للوالدين أن يعيشا مع الطفل . وقد لوحظ أن فريق التمريض بالمستشفى بدأ يشــعر بالراحة عندما بدأ يتعرف على المشكلات التى يعانى منها الوالدين ويشترك فى علاجها ويساعدهم فى التغلب عليها (١١) .

د — التفرقة بين المرضى بناء على المستوى الاجتماعى والاقتصادى :

أحيانا تتحدد طريقة معاملة الطبيب للمريض وفقا لمستواه الاجتمــاعى والاقتصادى . فقد اتضح مثلا فى بريطانيا انه برغم أن الخدمات الصــحية

---

(10) Susser and Watson, Op. Cit., p. 258.

(١١) المرجع السابق ، ص ٢٥٤ .

تقدم بالمجان لجميع الطبقات ، فانه أثناء تقديم الخدمة ينظر الى الناس ويعاملوا وفقا لموقعهم فى البناء الاجتماعى والطبقى . وتتأثر بذلك العلاقة بين الطبيب والمريض فيؤثر وجود المريض فى طبقة معينة على طريقة تفاعل الطبيب معه . فيمكن أن يتجاوب الاطباء أكثر مع المرضى الذين ينتمون الى طبقات عليا ؛ ويمكن أن يعطونهم معلومات عن مرضهم ، وعن طبيعة العلاج ، وعن احتمالات الشفاء أكثر من المرضى الذين ينتمون الى طبقات ادنى . ومن المعروف أن المرضى الذين يعالجون بالأجر يعاملون معاملة افضل ممن يعالجون بالمجان . وفى مناطق كثيرة فى بريطانيا هناك عنابر خاصة ممتازة فى المستشفيات ، ويستخدم مرضى وأطباء هذه العنابر كل الأجهزة والتسهيلات المتاحة بالمستشفى (١٢) .

وفى معظم المجتمعات هناك العلاج الخاص والعلاج بالمجان . ثم العلاج الذى يمثل مرحلة وسط بين هذا وذاك . واحيانا تتأثر معاملة المريض بهذه الاختلافات ، فتختلف معاملته اذا كان يتلقى علاجا مجانيا عما اذا كان يتلقى علاجا خاصا . وربما يشعر المريض بهذا الاختلاف فى كل المراحل التى يتعامل فيها مع المؤسسة الصحية إبتداءا من عملية الحجز (أو قطع التذكرة فى المستشفى أو الوحدة الصحية) الى مختلف مراحل العلاج . وداخل المستشفى الواحد هناك فروق فى العلاقات بين المرضى والأطباء وبقية فريق التمريض من الدرجة الأولى الى الثانية الى الثالثة .

ولكن لوحظ ما يأتى :

أولا : إن المقدرة على الدفع ليست هى المحدد الوحيد لعلاقة الطبيب بالمريض ، فعندما استطاع أشخاص ينتمون الى طبقات دنيا دفع ثمن العلاج المرتفع السعر ظل الطبيب ينظر الى الشخص المريض على أنه ينتمى الى طبقة دنيا ، وظل ينظر اليه ويعامله فى ضوء مستواه التعليمى والمهنى واذا كان ذلك يتم بطريقة مستترة نظرا لقدرته على الدفع .

ثانيا : أدت الضغوط الشديدة على الأطباء ، وخاصة ذوى التخصصات الدقيقة الذين يقل عددهم ويضيق وقتهم جدا عن أن يؤدوا الخدمة المطلوبة منهم الى مزيد من الارهاق وضيق الوقت مما أثر على طابع التعامل مع مريض العلاج الخاص وجعل المعاملة شديدة الشبه بمعاملة المريض فى المستويات الأدنى خاصة من حيث الوقت المتاح لكل مريض . فبدأ الناس

---

(١٢) المرجع السابق ، ص ٢٤٦ .

يتبلون حتى فى حـالات الفحص الطبى مرتفع الثمن أن تكـون فترة الفحص قصيرة ، وان تكون ردود الطبيب — المرهق الذى يحمل هموم من ينتظرونه خارج حجرة الفحص — قصيرة وقعت جنبه وغير كافية لكى تحول القلق الذى فى نفوسهم الى طمانينة . بل قبلوا ايضا ان يتظاهر الطبيب بأن الجلسـة قد انتهت بطريقة او بأخرى ، أو يضـغط « الزر » لكى يدخل المريض التالى قبل أن يخرجوا . قبلوا كل هذا على انه واقع تفرضـه الضرورة وتحتمه الظروف . وهـو بالفعل واقع .. ولكن يجب ان نفكر فى كيف نعمل عـلى تغييره ؟

هـ — الخلفية الاجتماعية والثقافية للطبيب والمريض :

الطبيب والمريض — حتى ولو نشأ فى مجتمع واحد — فيمكن أن يكـون لكل منهما قيمه واستجاباته المختلفة عن الآخر . وهذا يمكن أن يؤثر عـلى تقبل كل منهما للآخر . فأحيانا يفسر طبيب سلوك المريض التلقائى الذى يخضع أساسا لما توارثه فى بيئته الاجتماعية على انه غباء أو جهل او تخلف . وهذا يحدث على وجه الخصوص اذا كان المريض من طبقة دنيـا . والمثل الحى على سوء التفسير الذى يرجع الى الاختلافات الثقافية هـو ما نسمعه من الاطباء الاجانب الذين يعملون فى أفريقيـا من احكام تتعلق بسلوك سـكان الدول الافريقية .

وتتأثر العلاقة بين الطبيب والمريض أيضا بالاختلافات فى طابع الحياة الاجتماعية التى يحياها كل منهما . فالطبيب كعضو فى طبقة مهنية معينة ربما ينتقل من مكان الى آخر فى فترة التدريب ، وربما يترك أسرته ويعمل فى بلـد آخر فى فترة التكليف ، وربما يترك وطنه فترة ما للحصول على شهادة عليا فى الخارج . وعادة ما ينتمى فى هذه الحالة الى جماعتين هما أسرته وعمله . وهو عادة أيضا ما يعيش ويعمل مع جماعة لا يرتبط معها بروابط قوية ، فهو يرتبط مع المجتمع المحلى الذى يعمل فيه فقط بحكم وظيفته . وهو يمكن أن يترك المكان اذا وجد فرصة أفضل للعمل فى مكان آخر (١٣) . ويجب أن يضع الطبيب فى اعتباره انه يمكن أن يختلف اختلافا بينا فى هذا الجانب عن مريض يمكن أن يتعامل معه مصاب بضيق الشعب الهوائية . فالمريض يمكن أن يكون قد تربى فى مكان واحد وليس لديه طموح ولم يغادر المكان طيلة حياته ، ولهذا فهو يرتبط بعلاقات قوية مع الأهل والجيران والأصدقاء الذين يكونون المجتمع

---

(١٣) المرجع السابق ، ص ٥٩ .

المحلى الذى يعيش فيه . ولهذا فالمريض يمكن أن يحقق وجوده ويشعر بكيانه داخل هذا المجتمع الذى وجد فيه وليس خارجه ، فالعالم بالنسبة له هـو المجتمع المحلى أو القرية التى ولد فيهـا . ولهـذا فعندما يرى الطبيب ان الوسيلة الوحيدة للتخلص من المتاعب الصحية هى ترك هذا المكان الى مكان آخر افضل مناخا فانه سوف يرى ان هذا الحكم يتسم بالقسوة ، على الرغم من أن الطبيب يمكن ان يرى أن ذلك امرا عاديا — طالمـا انه إعتاد عـلى الهجـرة والتنقل — فالمريض سيشـعر ان ترك المكان يعنى قطع علاقاته واتصالاته التى تعود عليها ، ويعنى المعيشـة مع الغرباء ، ويعنى أيضـا متطلبات مادية .

والاختلاف فى هذه الحالة يأتى من أن الطبيب — بسبب نمط الحيـاة الذى يعيشه وبسبب أنه موجه اساسا الى رعاية صحة المريض — سـوف يرى أن الحفاظ على صحة المريض يجب أن يتفوق على أى اعتبار آخـر . بل هو يمكن الا يرى هذا البعد الاجتماعى مطلقا . بينما قد يرى المريض أن الصحة تأتى من سـعادته فى وجوده بين ابنائه وذويه ويمكن أن يعتقـد أن الصحة والمرض هى مسألة حظ . فى هذه الحالة يصطدم راى الطبيب براى المريض بسبب أن كل منهما يجهل طبيعة الاطار والمضمون الاجتماعى الذى تنبثق منه الآراء والأفكار والذى تترتب عليه نماذج السلوك الخاصة بالشخص الآخـر .

لهذا فعلى الطبيب تقع مسئولية تتخطى حدود الدور المهنى الفنى ، أى تتخطى مجرد التشخيص وطلب الهجرة الى منطقة أكثر ملاءمة الى التعـرف على ظروف المريض وخلفيته الاجتماعية ، والتفكير فى امكانيات تنفيذ ذلك ، وهذا يأخذ العلاقة الى دائرة اكثر واقعية ويوضح أن الطبيب أكثر اهتمامـا بالمريض .

وهناك عوامل اجتماعية وثقافية اخرى لا تؤثر فقط على علاقة الطبيب بالمريض بل انها يمكن أن تمنع الطبيب من الاتصال بالمريض نظرا لانها عوامل معوقة للمريض تمنعه من الاقدام على الفحص الطبى . ويحدث ذلك على وجه الخصوص فى حالة الثقافات التقليدية المحافظة ، فهذه الثقافات عادة مـا تعـوق الاقـدام على الفحص والعلاج . وعلى سبيل المثال ترفض بعض النساء — حتى فى حالة تعرض حياتهن للخطر — دخول مستشفيات الولادة . ويلاحظ أن من هن أشد حاجة الى الرعاية والعناية فى فترة الحمل والولادة هن اقل الناس اقبالا وافادة من مثل هذه الخدمات . كذلك لوحظ أن الافراد الذين لديهم أعراض أورام خبيثة مثل الأورام السرطانية يتأخرون فى البحث

عن علاجها ، ويمكن أن تتولد لديهم ميكانزمات نفسية يحاولون من خلالهـــا انكار وجود المرض حتى ولو أخبرهم احد به (١٤) .

علاقة الطبيب الخاصة مع المرضى فى حالة التحقيقات القضائية :

يتعامل الأطباء فى بعض الاحيان مع اشخاص وقع عليهم اعتداء بدنى أو ارتكبوا مخالفات قانونية او جرائم أو اصبحوا فى موقف اتهام وتحتاج احوالهم الصحية الى تقرير من الطبيب . كما ان بعض الخلافات الزوجية التى تعرض على المحاكم فى قضايا الاحوال الشخصية تحتاج الى تقرير الطبيب خاصـــة فى الحالات التى يظن أن عيبا جسميا يوجد لدى أحد الزوجين . وفى أحيان كثيرة يكون على الطبيب أن يلتقى بالمريض من خلال عمليات الفحص وان يجـــرى معه مقابلة ويقدم بعدها تقريرا طبيا . وفى أحيان أخـــرى يستدعى الطبيب لتقديم الشهادة أمام المحاكم . ويقع الكم الاكبر من أعباء هذه المواقف عـــلى كاهل من يعملون فى مجال الطب الشرعى او مجال الأمراض النفسية ، وذلك بسبب أن التهمة أو الموقف غير القانونى الذى يوجد فيه الشخص وان لم يكن له علاقة بالجانب الصحى الا انه يمكن أن يكون ظاهرة لحالة مرضية ســـواء عضوية أو نفسية أو عقلية . وفى كل الأحوال تطلب المحكمة التعرف عـــلى رأى الطبيب الذى يتعامل عن قرب مع المريض . ويجب أن يعتبر الطبيب ان استدعائه لابداء الرأى الطبى هو الباب الذى يفتح له لعلاج المريض والتعامل معه . **ويجب على الطبيب ان يجمع فى تعامله مع المريض بين مراعاة البعـــد** الانسانى والالتزام بالجوانب القانونية (١٥) .

---

(١٤) المرجع السابق ، ص ص ٦٦ ، ٦٧ .

(15) John Gunn, Management of Patients who have Committed Offences, Medicine, (The Quarterly add-on Series of Pracṭical General Medicine). London, 1975, p. 86.

الفصل الثـامن

أخــــلاق المهنـــة

يعتبر قسم ابقراط هو القانون التقليدى لاخلاق مهنة الطب . وربما يرجع هذا القسم الى أصول مصرية ، ولكن الأطباء الهنود وجد لديهم قسم مشابه ايضا ، وكان القسم يتلى عنـد الدخول الى مدارس الطب أو عنـد بداية العمل فى المهنة ، وكـان يعتبر بمثابة عمليـة تكريس للدخـول الى ممارسة المهنة .

ويقسم الطبيب بابولو واسكليبوس . وهذا الأخير كان طبيبا حقيقيا وقد عرفوه بعد ذلك بانه ابن ابولو ، كما يقسم ببنات ابولو ايضا « هيجيا » و « بناشيا » اذ ترمزان الى الصـحة والشفاء . ويطلب منهم أن يشهدوا جميعا على وفائه بالقسم أو العقد الذى اقسم به بكل قدرته ووعيه . ويقسم الطبيب بأن يعتبر كل من يعلمه الطب مسـاو لوالده . وأن يلجا اليه وقت الحاجة ، وأن يعامل ابنائه كاخوة له ، وان يعلمهم فن الطب دون مقابل . والا يبخل بالمعرفة الطبية على من يطلبها . ويقسم الطبيب أيضا أنه سيبذل اقصى جهده ويسخر معرفته لوصف العلاج للمريض ، ويعد بانه لن يكتب شيئا يؤذى انسان أو غير مشروع ، والا يعطى لاحد عقارا ساما حتى ولو طلبه والا يقترح اعطاء هـذا العقار السـام ، والا يعطى لامرأة ما يعمـل على اجهاضها . كما يعد بانه سيعمل فى نقاء وطهارة ، وانه لن يقوم باجـراء جراحة لشخص حتى ولو كـانت حصوة بل سيحوله الى متخصص . وأنه سيذهب الى المريض فى بيته ليعالجه . ويقسم الطبيب أيضا بانه سـوف يبتعد عن الفساد والعلاقات الجنسية غير المشروعة . وبانه لن يذيع سرا عن الامور التى يشاهدها او يسمعها عن النـاس بل يحتفظ بهـا لنفسه ويعتبرها سرا غير مسموح باباحته .

وينهى الطبيب القسم بقوله : « ليكرمنى الناس طول حيـاتى بسبب عملى إذا ما التزمت بهذا القسم ولم اكسر قاعدة واحدة فيه . ولتصيبنى الشداد والمعاناة اذا انتهكت قاعدة أو حنثت بالقسم » (١) .

(1) Peter Wingate, Medical Encyclopedia, Penguin Books U.K., 1975, p. 210.

تعتبر إخلاق المهنة احـد ضوابط سلوك من يعملون فى مهنـة معينة لضمان سلامة الاداء . وفى الماضى كانت المشكلات التى تتعلق باخلاق المهنة قليلة وكانت التحديات التى تواجه الاخلاق المهنيـة محدودة ويمكن التغلب عليها أما الان فقد تعددت المشكلات والظروف التى تؤثر فى الأخلاق المهنية حتى ان السلوك المهنى اصبح يتاثر اليوم بالمصالح والانتماءات وغيرها من الظروف . واذا كان من المفترض أن المجتمع ينتظم حول قيم متسقة ، ففى بعض الاحيان يتضمن البناء الاجتماعى مواقف صراعية (٢) . ويمكن أن تكمن هذه المواقف الصراعية فى مجالات عديدة من حياتنا اليومية وهى يمكن أن تؤثر فى السلوك المهنى ويمكن اعتبارها انتهاكا للاخلاق المهنية .

لقد اوضح علماء الاجتماع أن اخـلاق المهنة تتضمن استدماج القيم المهنية وظهور ذلك فى السلوك المهنى اثناء أداء الدور . ويعرف بارسونز الشخص الذى يعمل فى مهنة معينة بانه الشخص الذى يدخل المهنة ويصرح له بممارستها بناء على :

(أ) كفاءته الفنية وليس سماته الاجتماعية الموروثة .

(ب) قدرته على استخدام وتداول ما هو متـاح بصفة عامة اكثر من الأشياء الخاصة .

(ج) قدرته على أن يحدد نشاطه فى العمل فى المجالات التى يكون على كفاءة فيها .

(د) استطاعته تجنب التورط العاطفى وتحرى الموضوعية فى عمله .

(هـ) قدرته على أن يقدم مصلحة مرضاه على مصلحته الشخصية .

لقد قدم بارسونز هذه التوقعات المعيارية التى تنطبق على مهنة الطب وغيرها من المهن طالما أنه يعتبر أن الأطباء يمـاثلون غيرهم من الأشخاص الذين يعملون فى مهن أخرى . ولكن السؤال الـذى يمكن أن يرتبط بمهنـة الطب بصفة خاصة هو : إذا كانت مهنة الطب بصفة خاصة يرتبط الانجاز فيها باعتبارات ترتكز على الضـمير الحى ، الا يجب أذن أن تكون هنـاك

---

(2) John Rex, Power, Conflict, Values and Change, in Peter Worsley, Op. Cit., p. 443.

تنظيمات تحددها المهنة لكل من يرتبط بها ؟ لقد تكلم عن التنظيم غير التام لبناء مهنة الطب كل من كارسندرز Saundars وويلسون Wilson وبارسونز Parsons عند تناولهم لموضوع طابع العمل المهنى . وعلى الرغم من وجود نظام العمل المنظم الذى يجرى بطريقة روتينية فان ممارسة الطب تتطلب اتخاذ قرارات معتدة . واذا كان ذلك يتطلب الحذر والاحتياط فانه فى بعض الأحيان يتطلب الجراة على المخاطرة ، ولهذا فعملية التنظيم لا تكون فى هذه المهنة محبوكة تماما . وعلى الرغم من ان الطب يعتبر من المهن التقليدية المستقرة التى ترتبط بالممارسة واسعة النطاق وترتكز على وجود كم كبير من المعرفة العلمية التفصيلية ، وعلى الرغم من أن الطب قد وصل ايضا الى قدر كبير جدا من التاكد من نتائج الاجراءات الطبية عما هو الحال فى مهن اخرى ولكن لا يمكن أن ننكر أن هناك كم هائل من الصحة والخطا والشك . ومع ذلك لم يؤدى هذا الى خلق ميكانزمات تنظيمية رسمية (٣) . لهذا يبقى الالتزام باخلاق المهنة هى الوسيلة الضامنة لاستمرار النسق الطبى فى آداء وظائفه بطريقة صحيحة حتى فى مجال المسائل الأقل تنظيما .

وسوف نستطيع مناقشة اخلاق المهنة فى ممارسة الطب من خلال الموضوعات الاتية :

* الجانب البناء والجانب الهدام فى العلم :

أن العلم والفن الطبى ، مثلهما مثل اى جانب من المعرفة والممارسة . يمكن أن يكون لهما للوجه البناء كما يمكن أن يكون لهما الوجه الضار أو المظلم أيضا . فاذا كان تقدم التكنولوجيا وفنون الهندسة قد قدم للانسانية الكثير فان الحرب النووية ودخان المصانع والمخلفات التى تلوث البيئة هى كلها آثار ضارة على الانسان . وهى كلها اعتداءات على صحة الانسان ، وعلى الاطباء وغيرهم من المهتمين بالصحة العامة أن يواجهونها . وقد لوحظ من استعراض تاريخ العلم أن المعرفة العلمية قد استخدمت فى بعض الأحيان ضد الانسان وليس لصالحه . وتشهد على ذلك كل أساليب التفرقة العنصرية التى استندت الى تبريرات تورط فيها علماء كانوا متحيزين فى

---

(3) International Encyclopedia of Social Sciences, Op. Cit., p. 111.

آرائهم العلمية . كما استخدمت الاكتشافات العلمية أيضـا ضد الانسان وليس فى صالحه وليس أدل على ذلك من قنبلة هيروشيما . ولا يخلو تاريخ الطب والممارسة الطبية من بعض النقـاط السوداء التى تمثل انهيـارا فى الاخلاق المهنية .

وعلى ذلك فان بقـاء علم الطب والفن الطبى فى خـدمة الانسـان ولصالحه يتطلب وعيا وحرصا دائما من القائمين على العلم والفن معا لكى لا تنجرف الممارسة وتوجه فى بعض الاحيـان الى غير صالح الانسـان . وسوف نتعرض فى النقاط الاتية لبعض نماذج من هذه الاستخدامات .

* الجسم الانسانى والشخصية الانسانية :

لقد تمكن الطب أن يصل اليوم الى درجة عالية من التقدم استطاع بها أن يعالج أمراض الانسان اليوم وان يؤمن صحة الاجيال فى المستقبل . ولكن فى خضم الاهتمام باصلاح الجسم ينسى البعض أن الجسم الانسانى الذى يحاولون اصلاحه ليس سوى الجزء المادى المرئى من الشخصية الانسانية . وعنـدما ينسون أو يتجاهلون الشخصية الانسانية صاحبة هـذا الجسم المريض فانهم يكونون قد أصلحوا جانبا واحدا وأتلفوا جانبا آخر فى الانسان . والأدلة على هذا الاتلاف واضحة تتمثل فى الصور العديدة للاستهانة بمشاعر واهتمامات الشخص المريض . ان اهمـال جانب الشخصية يجعل موقف العلاج مشابها تماما لموقف اصلاح السيارة الذى لا يهتم فيه الشخص الا بتحسين أداء الماكينة لوظيفتها . هـذا غير كاف فى موقف علاج الانسان . فوراء الجسم المريض شخصية وكيان يفكر ويشعر ويتساءل وينتظر اجابة . ولهذا فالكل يوافق اليوم على أن المعرفة العلمية والكفاءة والمهارة فى أداء العمل الطبى ليست كافية لممارسة الطب ، فطريقة تقديم الخدمة تعـد أمرا أساسيا بالنسبة للمريض . ولعل الكلمـات المختصرة التى ذكرها الدكتور يشعلان فى هذا الصدد يمكن أن تكون بليغة فى تصوير الواقع ومتطلباته . فهو يقول : لا ذهبت أبحث عن الطبيب الذى كان يوما فى الماضى (حكيما) يتعامل مع الانسان ككل ، ثم أصبح بحكم التخصص يتعامل مع جزء منه هو جسده دون نفسه ومجتمعه ، بل مع جزئية من جسده دون جسده كله . وأصبحت المغالاة فى التخصص تبعد الطبيب عن دور الانسان وتقربه من دور الحرفى الدقيق الـذى لا يعى ما حوله .. ولكن بعـد أن ظهرت فى الأفق أمراض مرتبطة بالظروف البيئية التى انعكس تأثيرها على الانسان وبعد أن ازدادت أعداد ضحايا ضغوط الحياة فان الامر يتطلب اعادة النظر وتجاوز التخصص

الى الرؤية الشاملة للصحة علاجا ووقاية » (٤) .

* مصلحة المجتمع وصالح الفرد :

هناك مشكلة أخرى أكثر ارباكا وهى أن بعض الاجراءات الطبية التى تبت أنها مفيدة بالنسبة للمجتمع تكون ضارة بالنسبة للفرد . ويتضح هذا من استخدام بعض أنواع اللقاح . فلا شك أن التطعيم ضد الجدرى كان فعالا لدرجة أنه تم القضاء على المرض من بعض مناطق العالم تماما ، ولكن لقاح الجدرى يمكن أن يؤدى الى التهابات خطيرة فى الدماغ serious encephalities لدى قليل من الأفراد اذا لم يعط بعناية فائقة . وفى بعض الأحيان تكون الاثار المترتبة على تعميم لقاح ضد مرض معين أكثر من الفوائد التى نجنيها من حصر المرض ذاته . ولهذا يميل البعض الى رفض تعميم اللقاحات . ومع ذلك فهناك تهديد بانتشار المرض اذا لم يتقبل معظم السكان لقاحا ضد المرض . وفى حالات أخرى يتوقف الحفاظ على صحة الناس على رغبة أعضاء المجتمع وقبولهم لبعض الاجراءات الطبية التى قد يرون انها غير مناسبة .

ولكن يلاحظ أن المسئوليات الاخلاقية والمهنية للطبيب لا تنحصر فى كسب ثقة المريض كشخص ، فان مسئوليته التى تمتد الى كل المجتمع وكل البشر تجعله فى بعض الأحيان يبحث عما هو فى صالح المجتمع . وفى بعض الاحيان يتصارع ما هو فى صالح المجتمع مع رغبات المريض . فالطبيب لابد أن يحصل على بيانات صحيحة عن الأمراض المعدية وعن الاصابة بها حتى ولو كان ذلك غير ملائم بالنسبة للمريض . ولكن يجب أن نضع فى أعتبارنا أنه لا يمكن حل كل المشكلات التى من هذا النوع بسهولة فهناك مشكلات تتعلق بمصلحة الفرد وصراعها مع المصلحة العامة يصعب حلها ، وعلى سبيل المثال فان انقاذ حياة شخص مصاب بمرض وراثى يمكن أن يؤدى الى وجود أشخاص يعانون من نقص جسمى ، وهذا له تاثيره على المجتمع اذ يحمل الجماعة أعباءا . هذا مجرد مثال يوضح أن علاقة الاخلاق الطبية بالمصلحة العامة صعبة التحديد . وتوجد كثير من المواقف التى تظهر على أنها معقدة اذا بحثناها من وجهة النظر الاجتماعية والأخلاقية . ولهذا

---

(٤) د. محمد صادق صبور وزملاؤه ، الطب مريضا ، مكتبة النيل للطبع والنشر ، القاهرة سنة ١٩٨٣ ، ص ١٦٩ .

فان الأحكام الخاصة بالسلوك المهنى فى هذه الحالات يجب أن تعتمد على اشخاص لهم خبرة بقانون الطب وبممارسة الطب ايضا .

* الخدمة الطبية لكل المجتمع :

من المؤلم لبعض الافراد ان يسمعوا عن التقدم الذى يحرزه الطب فى كل يوم ، ومع ذلك لم يتمكن هـذا الطب المتقدم من الوصول الى كل فرد فى المجتمع . ولهـذا يمكن أن يكون قـد فشـل فى تحقيق ما يمكن تسـميته « باليوتوبيا الطبية » . فتتطلب الاخلاق الانسانية ان تصل نفس الخـدمة والامتيازات الطبية للعمال غير المهـرة ولمديرى الشركات أو البنـوك على السواء . ولكن ثبت انه مهمـا كان الدخل القومى مرتفعا ، ومهمـا كانت المؤسسات الطبية فعالة فان كثيرا من الخدمات الطبية ظلت وستظل ناقصة لا يمكنها أن تصل الى كل قطاعات المجتمع ، وهـذا ببساطة بسبب نقص الخبرة الفنية ونقص الامكانيات . ولهـذا فان مفهوم المجتمع المنقسم الى طبقات يرتبط بمجال الخدمة الصحية . ولهذا ما لم تحدث ثورة فى امكانيات وتسهيلات الخدمات الطبية بحيث يمكن أن تصل الى الجميع فان الاسس الاخلاقيـة التى كـانت تسود فى الماضى والتى تسود فى الحـاضر سيعاد صياغتها فى ضوء محدودية امكانيات المجتمع التى لا يمكن الهروب منها .

* رفع متوسط الأعمار وزيادة الاعباء والضغوط :

أدى التقدم فى الطب الى رفع المستوى الصحى وتحسين الخـدمات الصحية ، وهذا أدى بدوره الى رفع متوسط الاعمار . وهـذا أيضا يفتح المجال لمناقشة مسائل تتعلق بأخلاق المهنة . فان انقاذ حياة طفل يعانى من عيب وراثى هو عمل انسانى من جانب ومصدر للاحساس بالكفاءة المهنيـة من جانب آخر ، ولكن ذلك يمكن أن يتضمن وجود مشكلات صحية فى المستقبل كان يمكن أن تختفى فى حالة وفاة الطفل الذى تم انقاذه . وبالمثل فان الرعاية الصحية لكبار السن والمرضى لابد أن تمثـل ارهـاقا للخـدمات الصـحية المخصصة لهؤلاء الإشخاص ولأسرهم وللمجتمع ككل . والموضوع الأكثر ارباكا هو التساؤل حول جدوى حيـاة انسان لا يعيش سعيدا ولا يجنى عائدا (ماديا كان أو معنويا) من حياته . بل تخلق حياته المريضة مشكلات اجتماعية واقتصادية وتوترات عاطفية بالنسبة له ولأسرته . والمثال على ذلك مرضى الأمراض المستعصية والحالات التى تقترب من الموت ولكن تطول فترة بقائها بين الحياة والموت ، ومرضى السرطان الـذين يعـانون من آلام

مبرحة لفترات تطول أو تقصر قبل الوفاة . وفى هـذه الحالة يكون الاطباء متأكدون من أن الشخص لا يمكن أن يعود الى حياته الطبيعية ، بل أنه يتألم طول الوقت ، بل إنه يمكن أن يطلب الموت ، وربما يطلبه ذووه ولكن دون أن يفصحوا عن ذلك .. فى كل هذه الحالات ماذا يفعل الطبيب ؟ أن الأخلاق المهنية تأمر بان يبذل الطبيب قصارى جهده لانقاذ حياة المريض ولكنه احيانا يرى أنه لا جدوى ويرى — كما يرى غيره — أن اطالة العمر هو اطالة للمتاعب . ان الأخلاق المهنية لا تقوى وحدها على الاجابة على التساؤل القائل لماذا نفعل كل ذلك ونحن تعرف النتيجة ؟. وإذا كانت الأخلاق المهنية لا تقوى وحدها على الاجابة فان المعرفة العلمية تزيد الامر تعقيداً وتظهر الجهود المبذولة على انها أفعال غير مبررة ومحاولات يائسة . ولكن يأتى التراث الثقافى للانسان ليقدم تبريراً لهذا العمل ويحل معضلة الموقف ويقدم تفسيراً لبذل الجهد دون يأس وملل على الرغم من أن المعرفة العلمية تؤكد أن الموقف ميئوس منه . ذلك أن معتقدات الانسان ، والايمان بوجود القوى العليا القادرة على فعل ما لا يستطيعه الانسان ، القادرة على فعل المعجزة فى وقت يعجز فيه جهد البشر عن أن يقدم شيئا ينقذ حياة الانسان هو العامل الأساسى الذى يدفع الطبيب لبذل اقصى جهـد ، وهو الذى يساعد اهل المريض على تقبل وتحمل الاعباء التى توضع عليهم نتيجة استمرار حياة مريضهم ساعة واحدة . وفى حالات كثيرة مثل هذه كان هناك توجه فى الخبرة العاطفية للطبيب وذوى المريض على السواء ، فالكل يقول « نعمل اللى علينا والباقى على ربنا » . ومما يزيد الانسان قدرة على بذل اقصى جهد وتحمل المتاعب فى الحالات المزمنة والخطرة هو اعتقاد لدى البشر فى أنهم اذا بذلوا ما فى وسعهم عمل الله معهم ، وفى احيان أخرى يبذلون الجهد لكى لا يقعوا فريسة لتأنيب الضمير اذا حدثت الوفاة .

تؤدى الجهود المبذولة ايضا مع الحالات التى تعانى من عيوب وجوانب نقص وأمراض لا يمكن التخلص منها الى زيادة عدد من يحتاجون الى رعاية وخدمات صحية مركزة ومستمرة . كذلك فان التقدم الذى أدى الى جعل حياة الانسان أكثر سهولة وقلل من تعرضه للامراض قد أضعفه من قدرته على التكيف ، وأضعف مقاومة الجسم والعقل للاحداث التى لا يمكن تجنبها ولتحديات الحياة . واذا كان الطب الحديث يقدم لكل مولود ما يمكنه من أن يستمر فى الحياة بصرف النظر عن النقص الذى يعانى منه ، واذا كان التقدم فى المجتمع قلل من تأثير العيوب الوراثية والعجز الجنسى على امكانية معيشة الفرد فى المجتمع ، فان تزايد عدد المرضى والعجزة سوف يشكل عبئا اقتصاديا وصحيا يصعب تحمله حتى فى المجتمعات المتقدمة والتى أخـذت على عاتقها الاهتمام بهذه الفئة من الناس .

التلمذة المهنيــة والمنافسة :

يؤكد تاريخ المهن المختلفة إن التلمــذة المهنية هى افضل طريق لاجادة الأداء . وعلم الطب بالذات لا يمكن أن يتم التعلم فيه من خلال التلمذة على الكتب ، بل أن التلمذة على ذوى الخبرة هى طريقة للتعلم لا غنى عنها فى مجال الطب . لهذا فالطبيب الحديث أو حتى طالب الطب لابد أن يجد له من يحرص على توريثه خبــرته كاملة وبأمانة لكى يظل الفن الطبى محتفظــا بمستواه لا يتأثر بغياب الأفراد ، ولكى لا يبدأ كل طبيب من الصفر بالمحاولة والخطأ فيتأخر تقدم العلم . وهذا يحتاج الى تحلى الطبيب صاحب الخبرة بالرغبة فى العطاء دون استعلاء ، ويحتاج ايضا ممن يتعلم أن يكون مجتهدا فى التعلم متواضعا تواضعا كافيا يجعله يسأل عن كل صغيرة وكبيرة حتى يستكمل معرفته الضرورية . وتقتضى اخلاق المهنة الا يضن الطبيب الكبير بخبرته على الصغير كما تقتضى ايضا الا يتجرأ الطبيب المبتدىء ويقدم أعمال ليست له خبرة بها أو يعملها دون اشراف الطبيب الكبير . وفى اطار هــذه المبادىء فالحالات التى يشترك فى علاجها الطبيب المبتدىء تكون هى الحالات التى تعلم عنها الكثير بالقراءة والمشاهدة . واشتراكه فى العلاج فى هــذه الحالة لا يكون بسبب انشغال الطبيب الكبير او عدم تواجده ، بل يكون هو محاولة جادة للممارسة . ولهذا يجب ان تتم دائمــا تحــت اشراف الطبيب الكبير وليس فى غيابه ، وهى تتم بالتدريج أيضا . وقد اتضح أن الاطبـــاء الجدد عندما مارسوا اجراء الجراحات ــ ولو الصغيرة ــ دون اشراف دقيق من الطبيب الاكبر سببوا اضرارا كثيرة لمن أجريت لهم الجراحات . وعندما ترك الأطباء الذين تخرجوا حديثا فى عيادات دون اشراف من كبــار الاطباء اضطروا الى ان يكتبوا قائمة أدوية من نوعية مطولة من العـــلاج لانهم لم يستطيعوا أن يقرروا نوعية المرض بدقة على اسلس أن المريض اذا كـــان مصابا بمرض معين فسوف تعالجه مجموعة الأدوية الأولى ، واذا كـــان مصابا بمرض آخر (يعتبره الطبيب الاحتمال الثانى) فسوف تعالجه مجموعة الأدوية الثانية ... وهكذا . وهى محاولة من الطبيب المبتدىء لانقاذ الموقف الحرج .

وهناك احد الوجوه الاخرى للعـــلاقة بين الأطباء الكبار والشـــبان المبتدئين .. ففى بعض البلاد غزا الاطباء الكبار والقدامى الأحيـــاء الشعبية بعياداتهم .. بجانب عياداتهم الشهيرة القائمة فى الاحياء الراقية الامر الذى ادى الى تضييق فرص العمل فى هذه المناطق بالنسبة لصغار الاطباء ، فى الوقت الذى تعتبر فيه الأحياء الشهيرة فى المراكز والمدن الكبرى مغلقة أمام الصغار . وطبيعى حتى اذا استطاع الطبيب المبتدىء أن يؤسس عيادة فى

حى شعبى فان المرضى عـادة ما يفضلون الطبيب المتخصص الـذى قضى سنوات فى ممارسـة التخصص وخاصة اذا كان من اساتذة الجامعة .

وتوجد ظاهرة مرتبطة بذلك تتعلق بنمو التخصصات فى البلاد النامية وانتشار العلاج الخاص بأجور مرتفعة مما يؤدى بالمستشفيات والعيـادات الخاصة ان تستخدم اخصائيين وتدفع لهم اجورا عالية ، وهذا يزيد من اقبال الاخصائيين الكبار على العلاج فى أماكن لم يكونوا يعملوا فيها من قبل مثل العيادات الصغيرة والمستوصفات . وهـذا يقلل من فرص العمل أمـام المبتدئين ، فأحيانا لا يجدوا حتى عيادة طبيب يعملون فيها .. وهذا يؤدى بدوره الى تقليل فرص التدريب الذى يؤدى فى النهاية الى تقليل الكفاءة .

والواقع أننا لا نقصد من ذلك ان يتخلى كبـار الأطباء عن الامتـداد بخدماتهم الى هذه المناطق أو المؤسسات الصحية . بل ان الحالات النوعية تحتاج الى الأخصـائى الذى مارس العمل على مـدى سنوات . ولـكن ما قصدناه هو ان يهتم المجتمع كهيئات وافراد يعملون فى مجال الطب بمشكلة الأطباء الشبان بحيث نحقق لهم فرصة العمل المكثف فى الطب لتحقيق ثلاثة اهداف : الهدف الاول هو تقـديم خدماتهم للمجتمع والهدف الثـانى منحهم الفرصة لزيادة الخبرات والتخصص فى فرع من فروع الطب . اما الهـدف الثالث فهو توفير الحياة الكريمة لهم عن طريق اتاحة فرصة العمل المناسبة ذات العائد المناسب . وسوف يؤدى هذا الى الحفاظ على الأطباء الـذين انفق عليهم المجتمع الكثير لتعليمهم داخل اطار دائرة الطب ، اذ ان المعاناة المادية مع اتاحة فرص عمـل ذات عائد أكثر اغراء فى غير مهنة الطب قـد جذبت الأطباء الشبان فى بعض المجتمعات ، فخسر المجتمع هذه الثروة التى استمر يعدها عدد كبير من السنوات .

※ التجريب الطبى :

من المعروف أن التجريب على الانسان هو الاجراء الذى لا مفر منه ولا غنى عنه لاقرار اجراء علاجى جديد أو تقرير عقار جديد . فمن المسلم به أن اجراء التجارب على حيوانات لا يمكن ان يسـاعد على تطوير الاجـراءات الجراحية والفن الجراحى ، ولا يمكن أن يضمن الفاعلية ويحدد درجة الامن عند استخدام عقار جديد . هذا بجانب ان بعض العقاقير التى ثبت صلاحيتها بالنسـبة للحيوان كانت لها آثارها السامة على الانسان . وعلى ذلك فان أول انسان يتناول عقارا جديدا يكون هذا الشخص محل تجربة ، كما أن أول من تجرى له جراحة فى القلب يكون محل تجربة ، وهكـذا بالنسبة لبقيـة

الاجراءات والعقاقير الحديدة . وقد ادى ادراك هذه الخطورة الى أن تعلو أصوات عديدة داخل المهنة وخارجها تطالب بتأمين حياة من يخضعون للتجارب الطبية . فقد طالب البعض مثلا انه عندما يختار اى اشخاص للدراسة والبحث والتجريب الطبى لابد من مراعاة ما يأتى :

(أ) أن تضمن اجراءات البحث سلامة حياة الانسان ، والا تعرض أى جانب من صحته للخطر أثناء اتمام الدراسة عليه .

(ب) ان يتم الحصول على موافقة رسمية وحرة من الشخص . ولابد من التأكد من توفر الحرية الكاملة للشخص عند سؤاله بحيث يمكنه أن يوافق او لا يوافق . وأن يبلغ الشخص بموضوع البحث . واذا كانت هناك أى درجة من الخطورة فلابد من شرحها له بوضوح . ولابد أن يتأكد من يقوم بالتجربة من أتمام الاختبار الاولى للتجربة وتقييم نتائجها بحيث تزداد الثقة فى وجود درجة أمن عالية .

(جـ) التاكد من عدم وجود اية محاولة لاكراه الشخص على الموافقة او تهديد .

(د) الا تمثل الحوافز او المقابل الذى يقدم الى الشخص اغراء يمكن أن يدفعه الى الموافقة .

(هـ) فى حالة الاميين والمتخلفين عقليا لابد من التاكد من أنهم استطاعوا أن يعرفوا طبيعة التجربة والاجراءات التى سيمرون بها (٥) .

معنى هذا أن التجريب فى الطب يخلق مشكلة أخلاقية تتعلق بالخطورة التى يمكن أن يتعرض ليا الشخص محل التجربة ، وتتعلق بحقه فى أن يرفض أن يكون هو أول من يجرب عليه العقار . والمشكلات الأخلاقية تظهر عندما يجبر انسان على أن يكون محل تجربة لسبب أو لآخر ، كأن يكون فقيرا ويتلقى علاجا مجانيا ولهذا يرى الأطباء أن التجريب على هذا الشخص يمكن أن يكون مقابلا للعلاج المجانى . والفقراء ليسوا هم الفئة الوحيدة التى يمكن

(5) Howard-Jones N. and Bankowski Z.,: Medical Experimentation and The Protection of Human Rights, Council for International Organizations of Medical Sciences, Geneva, 1979 p. 158.

أن تتعرض لعمليات اجبار. فهناك فئات أخرى عديدة يمكن أن تتعرض لذلك ، ويحكى لنا التاريخ البشرى مثلا عمليات اخضاع المسجونين لتجارب طبيــة وربما لم تكن لبعضهم حرية الرفض . على أن المشكلات الاخلاقية التى ترتبط باستخدام المسجونين والفقراء إبسط من تلك المشــكلات التى تظهر عنــد استخدام الاطفال والقصر فى مثل هذه التجارب ، ذلك ان الاطفال غير قادرين على الموافقة او الاعتراض بطريقة واعية . ولهــذا هناك ضروزة لمشاركة الاسرة فى تقرير اهمية التجارب وأهمية حملية حياة الطفل وكرامته (٦) .

وتعنى الشروط السابقة ايضــا أنه لا يجب أن تجري تجــربة على شــخص دون الحصول على موافقتــه ، ودون اعــلامه ــ بأمانة ــ بكل الاحتمالات قبل الحصول على موافقته . والواقع ان الاخلاق المهنية تــكون قد انتهكت عندما يكون هناك تأكد من أن العقار الجديد أو العلاج الجراحى الجديد سوف يحدث أضرارا للشخص موضع التجربة ، ومع ذلك يصر القائم بالتجربة على اجرائها لمجرد التأكد من ان النتــائج التى كان يتوقعها قــد حدثت . ومثال ذلك تجريب اساليب للتعقيم يمكن أن تفقــد الانسان القدرة على الانجاب ، أو تجريب عقاقير يمكن ان تودى بحياة الانسان أو تصــيبه بتوترات دائمة او مؤقتة .

ولا يقتصر الأمر على اجراء التجارب أو البحوث ، ذلك أن المسائل الأخلاقية تمتد الى جوانب اخرى مثل فحص المرضى وأخــذ العينات واجراء الاستقصاءات الطبية . فى هذه الحالات ايضا يجب ان تعطى للمريض حرية القبول او الرفض . ولا يجب على باحث طبيب ان يتصور أن المريض عليه ان يقبل لمجــرد انه مريض . واذا رفض المريض لا يجــنب على الطبيب أن يلجأ الى انواع مموهة من التهديد او التخويف بطريقة رسمية او غير رسمية .

ويجب أن ندرك أن الصراع بين التقدم الطبى والاخلاق المهنية سوف يظل موجودا فى معظم المواقف التى من هذا النوع . فالطبيب الذى يجرب عقارا جديدا أو يتبع اسلوبا علاجيا مختلف عما هو متعارف عليه هو بالفعل يجرب على الانسان ، وهو يمكن أن يكون موضع مساءلة فى حالة احــداث اضرار للشــخص حتى على الرغم من أن ما اتبعه من اساليب علاجية أو مــا

---

(6) Robert E. Cooke, Ethical Consideration in the Selection and Recruitment of the Children for Research, in Howard Jones and Bankowski, Op. Cit., pp. 160, 169.

اعطاه للمريض من ادوية جديدة كان فى رأيه — ومن وجهة النظر العلمية — افضل ما هو موجود . وعلى الرغم من كل هذا فلا يمكن أن نقر أن يتوقف التجريب العلمى فى مجال الطب .. فهو سبيل تقدم علم علاج الانسان . بل يجب أن نعى أن الاختراع والتجديد فى مجال الطب — شأنه شأن الاختراع والتجديد فى اى مجال آخر — يتضمن مخاطر لا يمكن التنبؤ ببعضها . ولهذا فان انتهاك الطبيب للاخــلاق المهنية — والــذى يتطلب فى بعض الاحيان المسـاءلة — لا يجب أن يقرر الا فى ضوء معرفته وحسـاباته للنتائج . فاذا كان القائم بالتجربة قد حسب حساباته وتأكد من سلامة النتائج ثم اتبع أسلوبا أخلاقيا سليما فى الحصول على موافقة الشخص موضع التجربة فان الامور فى هذه الحالة تكون فى نصابها . وعلى ذلك فان التجربة فى مجال الطب يجب أن تستمر ، وعلى المفكرين أن يبذلوا جهدا فى حساب المخاطر ، فالمجتمعات يمكن ان تتقدم فقط اذا امكنها أن تخطو خطوة نحو المخاطرة المحسوبة . وفى الطب ، كما هو فى التكنولوجيا ومختلف الجوانب الاخرى للحيــاة ، لابد من اتخاذ الاحتياطات والمحاذير الكافية لاستمرار الحياة ، ولكن التحفظ والحذر الشديد قد يصيب الحياة بالشلل .

* الطب كتجــــارة :

يحتاج المجتمع أن يشـعر كل من يعمل فيه انه يؤدى خـدمة حتى ولو تلقى عنها مقابل . واذا كانت الرغبة فى الربح وروح التجارة لا تصيب المجتمع باذى شديد اذا سيطرت على من يعملون فى مهن مختلفة فان سيطرتها على من يعملون فى مهنة الطب والاعمال المتصلة بها يمكن أن يضر المجتمع ضرراً شديدا . فلا يتصور أن يصبح الباحث عن الصحة زبونا يمكن أن يسـاوم على صحته . وحينما تمر المجتمعات بظروف اقتصادية معينة ترتفع فيهـا قيمة التجارة ، وتختفى منها الاخلاق المهنية فتلوث بألوان الاستغلال المختلفة يتعرض العاملون فى المهن الطبية — وخاصة الاطباء — للعدوى التى تزحف اليهم ربما دون أن يدروا . ويتضح ذلك على وجه الخصوص فى مجال العلاج الخاص سواء كان فى العيادات أو المستشفيات الخاصة أو بطرق أخرى . ففى بعض المجتمعات النامية وصل مقابل الفحص الطبى عند الاخصائيين الى ما يفوق قدرة معظم أفراد المجتمع على الدفع ، أما العلاج فقد يرهق ميزانية الاسرة كلها ، واذا احتاج الامر لاجراء جراحة فى مستشفى خاص أو عيادة خاصة فان التكلفة يمكن أن تكون معجزة تماما وتصبح الاستدانة هى الحل الوحيد أمام الأسر متوسطة الحـــال . وتصبح هــذة المشكلة مربكة وتتردد الحكايات ويكثر الكلام فيها عندما يكون نظام العلاج المجانى غير قادر على الوفاء بالاحتياجات الصحية لعامة أفراد المجتمع . فى هذه الحالة يكون العلاج

موجوداً فى المجتمع لكنه ليس فى متناول اليد . والاثار التى تنتج عن ذلك تتعلق بمستويات الصحة العامة فى المجتمع وتتعلق أيضا باحساس الافراد بعدم الامن فهم سيشعرون بالقلق خوفا من حدوث ما يتطلب فى المستقبل ما لا طاقة لهم به .

والامر فى هذه الحالة يحتاج الى ترشيد ذاتى من قبل الاشخاص الذين يتلقون مقابلا ماديا للخدمات الصحية التى يقدمونها ، ويحتاج ايضا الى حلول مجتمعية تقوم بها جماعات أو أفراد أو مؤسسات . ولعل نظم التأمين الصحى للعاملين فى الشركات والمؤسسات ، والمستوصفات والمستشفيات التى انشأتها هيئات اهلية أو دينية تطوعية تقوم بالفحص وتقدم العلاج بسعر رمزى او بالمجان هى كلها محاولات للتغلب على ارتفاع سعر الخدمه الطبية . غير أن الامر لا يجب ان يتوقف عند حد جهد الهيئات والمؤسسات . فالاطباء وغيرهم من مقدمى الخدمة الصحية يمكن أن يفكروا فى اساليب تجعل خدماتهم تصل للفرد العادى فالبعض خصص يوما من أيام الأسبوع للكشف بالمجان ، والبعض الآخر رد للمريض مقابل الكشف عندما علم بسوء حالته المادية ، وقد كان لذلك تأثيرا ايجابيا على المريض فخرج يحكى للناس نبل وكرم الطبيب تماما كما خرج غيره يحكى عن المعاملة المادية الصارمة فى مواقف معينة (خاصة فى المستشفيات الخاصة) . ويحكى عن حادثة كانت تتطلب نظرة انسانية أكثر مما تتطلب الحساب بالورقة والقلم .

اننا ندرك أن الامر لا يمكن أن يناقش بهذه البساطة ، وهناك تساؤلات وآراء واعتراضات تطرح عندما نثير موضوع سعر العلاج ، أحدها هو مايقوله البعض من أنهم اذا قللوا من سعر الفحص الطبى فسوف تتوافد عليهم اعداد من المرضى لا يمكن لساعات اليوم كاملة أن تكفى لفحصهم . وانهم برفع سعر الفحص يتيحون الفرصة لمن هم أقل منهم مستوى وخبرة أن يأخذوا مجالهم بتوفير عدد من المرضى لابد أن يلجأ اليهم . وهى كلها آراء جديرة بالاعتبار والمناقشة . ولكن من وجهة نظر أخلاق المهنة نرى أن أحد الحلول هى أن يبدأ الطبيب ومقدم الخدمة فى التفكير فى أن هذا العمل انسانى بالدرجة الاولى وفى هذه الحالة سوف يجد المجال الذى يحقق فيه الجانب الانسانى . ويتغلب فيه على مغريات الربح ، ويلتزم فيه بأخلاق المهنة ، والدليل على أهمية وفاعلية هذا المستوى من الحلول هو أن هناك أطباء مارسوا تقديم الخدمة بالقليل من المقابل المادى عندما أحسوا أن الموقف يتطلب ذلك ، وهؤلاء اصبح معروفا عن كل منهم انه « طبيب وانسان » على الرغم من أنه فى معظم الأحوال يتقاضى اجرا .

ويتصل بهذا الموضوع مشكلة أخلاقية اخرى تتعلق بالصيادلة وتتعلق

بموضوع صرف الأدوية . ففى المجتمعات التى لا توضع فيها قيود صارمة على صرف الأدوية يمكن لبعض الناس أن يتعاطوا أدوية تكون ضارة بصحتهم . فبينما نجد أن بعض المجتمعات قد منعت صرف أى دواء الا بروشتة طبيب نجد أن مجتمعات أخرى قللت من هـذه القيود بحيث حظرت صرف أدوية معينة الا بأمر طبى وتركت بقية الأدوية والعقاقير تصرف دون التقيد بالأمر الطبى . وفى هذه الحالة يحـدث ما يأتى : فى بعض الأحيان يطلب المريض أحد الأدوية أو العقـاقير ـ خاصة المسكنات ـ ويـكرر استخدامها دون ارشاد طبيب ، ويصبح تعامله مباشرة مع الصيدلى . ومن المعروف أن ذلك يمكن أن يكون ضارا بالصحة . ويقدم على ذلك الأشخاص الذين يمكن أن نطلق عليهم « نصف المثقفين » الذين تكون لديهم بعض المعـلومات الطبية وفى ضوئها يقررون لأنفسهم العلاج أو يكررونه أو يستخدمون عـلاجا تم تقريره لمريض آخر ويعتقدون أنهم مادأموا قد احسوا بنفس الآلام أو عانوا من نفس المتاعب فان هذا العلاج يمكن أن يكون علاجا مفيدا لهم . بالاضافة الى ذلك يتعود بعض المرضى على تعاطى مسكنات للآلام بسبب تأجيلهم لزيارة الطبيب أو بسبب رغبتهم فى الهروب من اجراء الجراحات . وفى كل هـذه الحالات على الصيدلى أن يكون حـذرا من بيع أنواع معينـة من المسكنات والعقاقير خاصة أنه يمكن أن يلاحـظ تكرار طلب نفس الدواء من شخص معين . وإذا كنا ندرك أنه فى ظل الظروف الحالية فى مجتمنا لا يمكن للصيدلى أن يفحص كل حالة ويتكلم مع كل شخص يطلب دواء دون روشتة طبيب فان قدرا من الاهتمام سوف يمكنه من أن يقدم النصـيحة والمشورة للأشخاص الذين يطلبون أدوية قد تكون لها آثارها الضارة عليهم ، على الأقل بالتحذير من كثرة استخدامها . ولكن يحتاج حل هذا الأمر بصفة عامة الى اجـراء مجتمعى تبادىء به نقابة المهن الطبية لاستصدار القوانين التى تقيد من تداول الدواء دون روشتة طبيب .

والمشكلة الأكثر خطورة والمتعلقة أيضـا بصرف الدواء هو تعـاطى بعض الأفراد للعقاقير كبديل للمخدرات . خاصة فى الحالات التى يرتفع فيها سعر المخدرات التقليدية ـ مثل الحشيش والأفيون ـ أو فى الحـالة التى يعجز فيها الفرد بسبب انخفاض مستواه المادى عن أن يشترى المخـدر أو الخمور . وقد حـدث ذلك بالفعل ، ففى بعض المجتمعات ارتفع سـعر الحشيش والأفيون فلجأ الأفراد الذين يدمنون المخدرات الى تعاطى جرعات كبيرة من أدوية بها نسبة مخدرات . كذلك فان بعض الفتيان والمراهقين الذين لا يمكنهم ما يملكونه من نقود من شراء المخدرات قد لجأوا بالفعل الى شراء أدوية بها نسبة من مخدر ـ وخاصة أدوية الكحة ـ وتعاطوا كميات كبيرة منها فى الجرعة الواحدة . أما من لم يستطيعوا شراء الخمور والمسكرات

فقد لجأوا الى طلب « الكحول » ، وخاصة « الكحول الأبيض » من الصيدليات .

وعلى الرغم من ان هذه المشكلة هى مشكلة اجتماعية بصفة أساسية تتعلق بالانحراف فى المجتمع ، الا أنها تصبح مشكلة متصلة بالأخلاق المهنية للصيدلى عندما ننظر الى موقف الصيدلى من كل ذلك . فالصيدلى لديه قواعد تتعلق ببيع المخدرات وهذه القواعد يجب أن تتبع وأى استثناء فى هذا يعتبر انتهاكا لأخلاق المهنة . بالاضافة الى ذلك فان الصيدلى المحنك والحريص على مهنته وعلى صالح الناس فى نفس الوقت يستطيع أن يعرف من طريقة طلب الشخص للدواء ومن تكرار طلبه له أشياء تتعلق بأغراض استخدام الدواء . وهو بخبرته المهنية يمكن أن يعرف لماذا يطلبه دواء معينا بالذات مرات عديدة ، وهو انطلاقا من حقه فى أن يتساءل عن أسباب طلب دواء معين يمكن ان يصل الى السبب الحقيقى وراء طلب الدواء . وفى هذه الحالة يجب على الصيدلى ان يمتنع عن البيع اذا شك فى أغراض الاستخدام حتى ولو كان البيع فيه الكثير من الربح . كذلك على الصيدلى الا يعطى معلومات لمن يتساءلون عن انواع الادوية المخدرة وتأثيرها ومدى ضررها لأن البعض يسأل عنها لدى صيدلى ، ومتى حصل على المعلومات الكافية التى تؤكد له وجود تأثير مخدر او منوم لداء معين دون أن يحدث ضررا أو يؤدى للوفاة فانه يذهب ويشتريه من مكان آخر لازالة الشك من عند الصيدلى الأول . أما هذا الصيدلى الذى يمكن ان يبيع مخدرا بثمن مرتفع عن ثمنه الحقيقى وهو يعرف أنه سيعطى لشخص مدمن ، أو من يساهم بأى شكل فى الصور المتعددة لتعاطى المخدرات ، او من يتكاسل عن اسداء النصح والامتناع عن البيع فى حالة شكه فى طلب الدواء فانه يساعد على زيادة نسبة الانحراف فى المجتمع ، وهو بهذا يضرب بأخلاق مهنته عرض الحائط .

التغير الاجتماعى والأخلاق المهنية :

عندما تحدث تغيرات فى المجتمع تتطلب أخلاق المهنة أكثر من مجرد المنصوص عليه والمتعارف عليه كأخلاق مهنية فى وقت سابق . كذلك تتطلب أكثر من مجرد الاجراء الطبى اذ تحتاج الى ابداء الرأى واسداء النصح وأحيانا تتطلب الامتناع عن الاجراء الطبى اذا كان الاجراء غير قانونى . والمثال الذى يمكن أن تأخذه من المجتمعات النامية هو أنه فى حالة تغير المجتمع من مجتمع ريفى تقليدى الى مجتمع صناعى ، وفى حالة اتجاه المجتمع نحو التعليم ووجود أزمات اقتصادية أحيانا تجتاح المجتمع أزمات أخلاقية تنتج عن تأخر سن الزواج وتفشى عادات اخلاقية سيئة . . فى هذه الأحوال

واذا كان المجتمع لم يتخلص تماما من تقاليده وقيمه الريفية وخاصة المتعلقة بالشرف وعفة الفتاة قبل الزواج ، فى ظل هذه الظروف المتأرجحة بين التقليدية والتغير والانهيار الاخلاقى تحدث العلاقات الجنسية غير المشروعة وتحدث أيضا حالات حمل خارج الزواج . ولكى يحل جزء من المشكلة يجب فى أحوال كثيرة حدوث اجراء طبى . ومن الطبيعى أن يضع ذلك أعباء على الأطباء الذين يكونون فى هذه الحالة فى موقف حرج بين ضرورة التمسك بعدم القيام بأى عمل لا يقره القانون وبين حاجة الناس الى ستر العار أو التخلص من آثار اتصال جنسى غير مشروع .

ولا شك أن هذا الموقف يضع الطبيب فى حيرة ، ومعظم الأطباء يرفضون اجراء العملية استنادا الى تحريم القانون لها ، ويرفض البعض الآخر خوفا من المسئولية . ولكن وجد فى مجتمعات معينة من يقومون بهذا العمل فى سرية مطمئنين الى أن أصحاب المشكلة لن يذيعوا سرا لأن ذلك يمكن أن يجلب عليهم متاعب قبل أن يصيب أى شخص آخر بالضرر .

وما نود أن نناقشه هنا هو أن الطبيب — سواء اقدم على العمل أو اعتذر عن آدائه — تدور فى ذهنه أفكار تتعلق بأخلاق مهنته كما يكون فى موقف جذب من طرفين متقابلين . فهو اذا قبل هذا العمل فيمكن ان يشعر أنه يفعل شيئا محرما قانونا ، وهو بقيامه بالعملية لحل هذه المشكلة يمكن أن يسهم فى الانهيار الأخلاقى اذ يمكن لغيرها أن تسلك نفس الطريق مادام الحل موجودا .. وسهلا .. ولا يكلف الا المال . يضاف الى ذلك انه يمكن أن يشعر بأنه مشارك فى الخداع خاصة وأن البعض يجرى عملية الترقيع قبل الزواج بأيام قليلة ، ويعلم ان ما يعمله هو للخداع ليس اكثر . وهو اذا رفض اجراء العملية فهو يمكن ان يشعر ان مصائب سوف تحل بفتاة ربما لم تكن تملك الرفض . أو انها كانت فى موقف وغرر بها أحد الأشخاص ، أو تم الاعتداء عليها بالقوة . وانها ستدفع — نتيجة عدم تدخله — ثمنا غاليا لهذا ، وهى لن تدفعه وحدها بل يمكن أن تدفعه أسرتها معها . والبعض يمكن أن يقول « اذا كان ما حدث قد حدث .. فلماذا لا نحل المشكلة ؟ وهل الموت والعار أفضل من اجراء طبى بسيط لا يؤخر ولا يقدم ؟ » .. ولكن ينتابهم الصراع عندما يشعروا بأنهم قد يساهموا — كما سبق وذكرنا — بتسهيل هذا الاجراء الطبى فى فتح الطريق أمام تكرار هذه الحالات .

أن هذه المشكلات مرتبطة بتغيرات اجتماعية واقتصادية وتربوية فى المجتمع الحضرى على وجه الخصوص . وعندما كان المجتمع ريفيا خالصا لم يكن هذا النوع من المشكلات يظهر لان المجتمع كان تقليديا محددا لعلاقة الجنسين ببعضهما بجانب أن اشباع الدافع الجنسى كان يتم على وجه

مشروع بمجرد أن يشعر الفرد بالحاجة بفضل نظام الزواج المبكر ، بل انه يمكن أن يتم قبل البلوغ ايضا . وقد كان لهذا المجتمع مشكلاته التى تتصل باخلاقيات مهنة الطب ايضا اذ يطلب من الاطباء تحرير شهادات تسنين يقرر فيها الطبيب بلوغ الفتاة السن القانونية للزواج وهى لم تبلغه . أما عندما يتغير ويتطور المجتمع فتظهر فيه مشكلات أخرى تتصل أيضا بالمهنة وأخلاقها مثل تلك التى ذكرناها . ويجب أن نلاحظ ان التغير فى حد ذاته ليس هو الفاعل للمشكلة ، بل ان بقاء جوانب من حياة الجماعة تقليدية او تخلف الجانب الأخلاقى هو الذى يحدث المشكلة . فالمجتمع الذى اباح الاختلاط وخرجت فيه المرأة للعمل وخلع عنه بعض تقاليد التعامل بين الجنسين ، اذا لم يستطع أن يرقى بمستوى الأخلاق وظلت فى نفس الوقت بعض الجوانب تقليدية ، فى هذه الحالة تحدث المشكلات التى تمتد آثارها الى المجال الطبى . ولا يصبح فى هذه الحالة موقف الطبيب هو موقف شخص يملك فنا جراحيا ، ولكنه موقف شخص بيده اتخاذ القرار فى المشكلات الاجتماعية التى توجد فى مجتمعه ، ويتوقف على القرار الذى يتخذه والسلوك الذى سيسلكه بناء على هذا القرار اعتبارات كثيرة خاصة بالمجتمع . وهذا يزيد من اهمية دور الطبيب فى المجتمع ، ويجعل منه دورا اجتماعيا لا مهنيا فقط .

ويلاحظ أن اتخاذ القرار فى مشكلة مثل تلك المشكلة التى ذكرناها يعتبر أمرا شائكا فحتى اذا استجاب الطبيب لنداء الرحمة وحل المشكلة فانه لا يمكن أن يعفى من خطأ انتهاكه لقاعدة قانونية أخلاقية . أما اذا وجد طبيب يقدم على هذا العمل متغاضيا عن التحريم القانونى ، ثم يطلب أجرا باهظا للعمل مستغلا بذلك الظروف الصعبة التى يمر بها الناس ومستغلا أن غيره لن يقدم على هذا العمل فانه بذلك يكون قد وضع أخلاقه المهنية تحت حذائه .

وهناك أيضا دور للطبيب فى مشكلات أخرى مثل « الختان » وخاصة الصور الحادة لختان البنات .. وتتطلب الأخلاق المهنية ان يسهم الطبيب بالرأى وبالنصح للناس لكى يقلعوا عن بعض هذه الممارسات التى يقدمون عليها ربما بجهل .

وهناك جانب آخر لاخلاقيات مهنة الطب يتعلق بالتغيرات التى تحدث فى المجتمع ، وهو العلاقة بين الجنسين ، ذلك أن الطبيب الشاب يعمل مع زميلات ومع فريق طبى من الممرضات كما أنه يتعامل مع مرضى من غير جنسه ، وكل هذا يتطلب أن يتعلم كيف يضع الحدود بينه وبين من يتعامل معهم وكيف يلتزم بالعلاقة المهنية دون الدخول فى علاقات تؤثر على آدائه لعمله أو على قدرته على التعامل الطبيعى مع كل أفراد الفريق الذى يعمل معه . ويلاحظ

أنه لا يمكن للجانب القانونى أن يحسم كل العلاقات التى يرى المجتمع — من واقع الالتزام بمعايير اخلاقية معينة — أنها علاقات مرفوضة . لهذا يجب أن يتدرب الشخص على أن يدرك دائما الفارق بين اللائق وغير اللائق اجتماعيا ، ويحدد اللائق وغير اللائق معايير اجتماعية ثقافية بحتة لا تدخل بطلقا فى نطاق التحديدات القانونية . على أن التزام الطبيب فى ممارسته بما هو لائق لا يمكن أن يبدأ مع بداية ممارسته لمهنة الطب ، لكنه يبدأ مع بداية دراسته فى علاقاته مع زملاء الدراسة ، وفى نظرته لمرضاه اثناء فحصهم ، وفى رفضه للتعليقات غير اللائقة التى قد يبديها أحد الزملاء على مريض او مريضة وهو عارى الجسم او فى اى وضع من اوضاع الفحص او العلاج . ونظرا لاهمية هذا الجانب فقد تناوله بعض الأطباء فى كتاباتهم مؤكدين على أن قدرا كبيرا من الالتزام فيه يعتبر امرا ضروريا لاستمرار ممارسة المهنة بطريقة سوية (٧) .

***

أن مناقشة موضوع أخلاق المهنة فى الطب على وجه الخصوص يثير مشكلات وتساؤلات بعضها يمكن الاجابة عليه بسهولة ، وبعضها الآخر من التعقيد بحيث يصعب الاجابة عليه . ولكن يمكن أن نقول أن حل معظم المشكلات الاخلاقية يتطلب عملا على ثلاث مستويات : مستوى الطبيب الفرد أو الشخص الذى يقدم خدمة صحية ، ومستوى نقابة المهن الطبية ثم مستوى المجتمع ككل . فالطبيب الذى يعمل فى مستشفى أو عيادة أو وحدة صحية سواء فى الريف أو الصحراء يمكن أن يمثل بسلوكه شخصا يقدم الخدمة بطريقة انسانية ، ويمكن بتفكيره فيما هو لصالح الناس أن يفكر فى مشكلاتهم ويقوم بعمله على أرفع مستوى . وعلى سبيل المثال فان الطبيب الذى يعمل فى منطقة صحراوية يعرف بخبرته العلمية أن زواج الأقارب له آثاره على صحة الانسان ، فاذا كان المجتمع الذى يوجد فيه يمارس زواج الإقارب كقاعدة عرفية (عند بدو الصحراء الغربية البنت مخطوبة لابن عمها بالميلاد) فانه يكون قد أدى دوره على أكمل وجه اذا هو قدم النصيحة للناس ولفت نظرهم للمضار التى يمكن أن تحدث من استمرار الزواج من داخل الاطار الأسرى الضيق . وهذا يتطلب تفكيرا اجتماعيا طبيا فى نفس الوقت . ولهذا فان تأهيلا اجتماعيا مبسطا واحساسا بالانتماء للجماعة التى

---

(٧) انظر على سبيل المثال الجزء المعنون « منزالق الاخلاق » فى كتاب الدكتور نجيب محفوظ ، حياة طبيب ، دار المعارف ، مصر ، الطبعة الثانية سنة ١٩٦٦ ، ص ص ٥٧ — ٦٤ .

يعمل من اجلها الطبيب لازمان — بجانب التاهيل الطبى — لاداء عمـله على أكمل وجه .

اما المستوى الثانى فهو نقابات المهن الطبية وهذه يأتى دورها فى تنظيم الاعمال التى يقوم بها كل من يعمل فى الخدمة الصحية بطريقة تساعد على الحفاظ — من خلال القواعد واللوائح والتنظيمات — على الممارسة الطبية بعيدة عن الأخطاء — والاستغلال وغيره . أما مستوى المجتمع فنحن فى حاجة اليه فى حالة الحاجة الى توجيهات عامة فى المجتمع ، ولرفع المستوى الصحى عن طريق عمليات التثقيف الصحى والضبط والتوعية ضد الانحرافات التى يمكن أن تحدث فى هذا المجال . والمجالات الثلاثة لابد أن تعمل معا .

والتساؤل الذى يمكن أن يطرح ونحن نناقش موضوع اخـلاق المهنة هو هل تتغير أخلاق المهنة بتغير المجتمع وبتغير الظروف ؟ اعتقـد أن تغير المجتمع يمكن أن يستحدث ظروفا ومشكلات جديدة لها علاقة بأخلاق المهنة ، وهذه يمكن التصرف فيها والتعرف على كيفية معالجتها من خلال الروح العامة للاخلاق المهنية السائدة ومن خلال قواعد مهنية موجودة بالفعل وتعـالج مواقف مشابهة . وبعض هذه المشكلات تتطلب مناقشة للوصول الى رأى فيما يجب أن يحدث فى مواقف مماثلة ، وبعد ذلك تصبح القاعدة التى يتفق عليها بناء على هذا الرأى جزءا من بناء أخلاق المهنة . أما أننـا نتخلى عن قاعدة أخلاقية معينة تم الاتفاق عليها والتسليم بها نتيجة ظروف نمر بها ، أو نتيجة عوامل موقتية ندعى أنهـا تحتم التخلى عن قاعـدة من القواعد ، فهذا ما لا يمكن قبوله .

الفصل التاسع

البنـــــاء الاجتمـــــاعى

والصـــــحة والمرض

لا يمكن لنا أن نفهم علاقة الطب بالمجتمع أو علاقة الصـــحة والمرض بالأبعاد الاجتماعية بعيدا عن الوعى بمفهوم البناء الاجتماعى الذى استخدمه علماء الاجتماع وأوضحوا معناه وديناميانه منذ بداية اشتغالهم بهذا العلم . ويشير هذا المفهوم الى تنظيم متمايز لنظم اجتماعية متخصصة ومعتمد بعضها على بعض اعتمادا متبادلا . وتتطور هذه النظم بشكل طبيعى نتيجة للوقائع الاجتماعية السائدة فى المجتمع ونتيجة لتفـــاعل انواع الظواهر الاجتماعية بعضها مع بعض . فالبناء الاجتماعى يضم النظم الاقتصـــادية والســـياسية والعائلية والتربوية والدينية . وهى فى حالة تفاعل مع بعضها يؤثر بعضهـــا فى البعض الآخر وتسود بينها ظاهرة الاعتماد المتبادل (١) .

ويتضمن البناء الاجتماعى علاقات أساسية تنشأ عن وجـــود النسق الطبقى وعضـوية الجماعة الدائمة وجماعات العمر او الجماعات السرية أو النسق القرابى . وقـــد ميز ريموند فيرث بين البنـــاء الاجتماعى والتنظيم الاجتماعى ، فمصطلح التنظيم الاجتماعى يشير الى الاختيارات والقرارات المتضمنة فى العلاقات الاجتماعية الجوهرية بينمـــا يشير مصطلح البنـــاء الاجتماعى الى العـــلاقات الجوهرية التى تعطى للمجتمع صورته الأساسية والتى تحدد مجريات الفعل الاجتماعى (٢) .

---

(١) معجم العلوم الاجتماعية ، اعداد نخبـــة من الاســـاتذة المصريين والعرب المتخصصـــين ، تصدير ومراجعة الدكتور ابراهيم مدكور ، الهيئـــة العامة للكتاب . القاهرة سنة ١٩٧٥ ، ص ٩٩ .

(٢) د. عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، الهيئة المصرية العـــامة للكتاب ، سنة ١٩٧٩ ، ص ٤٤٤ .

ولكى نوضح العلاقة بين البناء الاجتماعى والصحة والمرض سوف نحاول ان نشرح كيف تتأثر الظواهر الصحية ببعض ابعاد ومكونات البناء الاجتماعى ، اذ يصعب أن نحيط علما بكل ابعاد البناء الاجتماعى فى هذا الاطار المحدود

الطبقة الاجتماعية والصحة :

يتضمن مفهوم الطبقة الاجتماعية معنى التدرج . ويفضل المشتغلون بعلم الاجتماع استخدام مفهوم الطبقات عن استخدام مفهوم الطوائف المغلقة اذ أن الأول اكثر تعبيرا عن التداخل والحراك الاجتماعى بين فئات المجتمع . وتتكون الطبقة الاجتماعية من مجموعة من الناس يتساوون تقريبا فى الدخل والثروة والمكانة الاجتماعية . وتدل كلمة طبقة فى معنى أكثر تحديدا على من يجمعهم وضع مشترك بالنسبة للكيان الاقتصادى مثل طبقة العمل أو طبقة البرجوازية او طبقة الرأسمالية . وتعبر كلمة الطبقة فى الاصطلاح الماركسى من الاشكال الأساسية ذات الصلة بوسائل الانتاج ، فالطبقة الراسمالية هى التى تتحكم فى اوقات الانتاج ، أما الطبقة العاملة فانها لا تملك الا قوة اذرعها .

وهناك معنى خاص وضيق للطبقة الاجتماعية يشير الى الأسر أو الأفراد الذين يتمتعون بمستوى واحد من النفوذ يخوله لهم مركزهم فى المجتمع . ويفرق ماكس فيبر بين « الطبقة » من حيث انها تشير الى الوضع الاقتصادي وبين « الطبقة الاجتماعية » من حيث أنها تؤكد معانى النفوذ وأسلوب الحياة والتداخل الوثيق بين عناصرها . غير أن علماء الاجتماع لا يؤيدون هذه التفرقة الصارمة ، وقد أصبحت كلمة « طبقة » و « طبقة اجتماعية » تحل كل منهما محل الأخرى للدلالة على وضع معين فى المجتمع لفئة من الناس يجمعهم أسلوب واحد فى الحياة ومواقف وعقائد واحدة نحو أنفسهم ونحو المجتمع (٣) .

حينما نأتى لبحث العلاقة بين الصحة والطبقة نجد أن مصطلح الصحة يعتبر مصطلحا يتصف بالغموض ، ولهذا يصعب وجود أسلوب جيد لقياسها . فلا يمكن الاعتماد على سجلات الأطباء لأن التشخيص يمكن أن يختلف من طبيب الى آخر ، كما أن بعض الأطباء لا يحتفظون بسجلات للمرضى . بالاضافة الى أنه ليس كل المرضى يذهبون الى الأطباء . كذلك لا يمكن الاعتماد

---

(٣) معجم العلوم الاجتماعية ، مرجع سابق ، ص ص ٣٦٣ ، ٣٦٤ .

على الشخص المريض نفسه (التقارير الذاتية) بسبب أن الناس يتفاوتون فى تأويل أمراض الأمراض التى يعانون منها . وبالمثل فان إستخدام معدلات الوفيات على الرغم من لفضليتها لكنهـا لا يمكن أن تطلعنـا على المستوى الصحى لأن الطبيب عنـدما يفحص الشخص المتوفى عادة ما لا يعكس لنـا امراضا كان الشخص المتوفى مصابا بها مثل الاحباط والالتهاب الرئوى ، تلك الأمراض التى نادرا ما تسبب الوفاة .

ونظرا لان احصاءات الوفيات متاحة فقد استخدمت على نطاق واسع لتوضيح العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة وتبين من هذه الدراسات وجود اختلافات فى معدلات الوفيات بين الطبقات المختلفة .

وبصفة عامة فان العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة تتضح عندما تفكر فى ان كلا المرض والوفاة لا ينتشران بصورة عشوائية بين النـاس . ويتمشى عدم المساواة او اختلاف الناس فى الصحة مع اختلافهم فى مستوى المعيشة .

ويجب ونحن نناقش موضـوع الطبقة أن ندرك ما يأتى :

١ — أن تقرير وجود علاقة بين الصحة والطبقة لا يعنى توضيح اتجاه العلاقة السببية (الطبقة الاجتماعية تحدد الصحة / الصحة تحـدد الطبقة الاجتماعية) . لذلك بعـد أن نقرر وجود العـلاقة يجب أن نتعـرف على اتجاهها .

٢ — أن مفهوم الطبقة الاجتماعية يشير الى العـديد من التفـاوتات الاجتماعية ذات العلاقات المتبادلة فيـما بينها ؛ لذلك فاذا أردنا أن نحـدد علاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة لابد أن نحدد أى مظهر من مظـاهر الطبقة الاجتماعية هو المسئول عن هذه الاختلافات (٤) .

ومن الموضوعات التى درسها علماء الاجتماع ضمن اطـار اهتماماتهم بالطبقة الاجتماعية وعلاقتها بالصـحة موضوع **امراض الاغنيـاء وأمراض الفقراء** . فيمكن أن تكون أمراض الشريان التاجى من حيث انتشارها وتوزيعها بين الشرائح الاجتماعية المختلفة مثالا جليا يوضح لنا كيفية استخدام متغير

---

(4) David Blane, Inequality and Social Class, in Sociology as Applied Medicine, Op. Cit., pp. 117-123.

الطبقة فى دراسة الأمراض . نتوضح الاحصاءات فى الولايات المتحدة وانجلترا أن ثلث حالات الوفاة تحدث بسبب أمراض الشريان التاجى ، وأن ثلثى من يصابون بأمراض القلب يقعون فى الواقع فى فئات العمر المتوسطة وينتمون الى الطبقات العليا . وقد أشار وليام أوسلر William Osler الالى أن الاصابة بالذبحة الصدرية (وهو الألم الذى يحدث نتيجة نقص دفع الدم الى عضلة القلب) أتى من تأثير عوامل تحيط بمن يعيشون فى الطبقات العليا (٥) .

وقد أظهرت الدراسات أن هناك علاقة بين الزيادة فى اعداد رخص قيادة السيارات وحيازة التلفزيونات وأجهزة الراديو وبين الزيادة فى نسبة الوفيات المتسببة عن أمراض الشريان التاجى . وتعد العلاقة بين الطبقة والمرض واضحة بهذه الصورة اذ أن ملكية السيارات وملكية الأجهزة السابق ذكرها ترتبط بالنمط العام لحياة مثل هذه الطبقات . كذلك هناك امراضا ترتبط بالفقراء ، فقد دلت البحوث على أن ارتفاع نسبة وفيات الأطفال توجد بين الطبقات الدنيا اذا ما تم مقارنتها بنفس النسبة لدى الطبقات العليا . فقد مات كثير من الأطفال بسبب التهابات الجهاز الهضمى وبسبب الأمراض الوبائية التى تصيب الأطفال . وقد انتشرت أمراض أخرى لدى الفقراء فى فئات السن المختلفة ، فقد دلت احصاءات الوفيات أن معظم حالات الوفيات بين الفقراء كانت متسببة عن الأمراض المتوطنة والأمراض المعدية والتهاب الشعب الهوائية والالتهاب الرئوى والسل وأمراض القلب الروماتيزمية ، والقرحة وسرطان المعدة والعديد من الأمراض الأخرى (٦) .

ومن الطبيعى أن انتشار هذه الأمراض بين الفقراء قد ارتبط بالظروف المعيشية السيئة ، وسوء التغذية ، واهمال توفير الظروف الصحية المناسبة مثل التهوية وتوفير المياه الصالحة للشرب ... الخ . وعلى الرغم من أن هناك افتراض بأن الطبقات الفقيرة سوف تنخفض لديها نسبة الاصابة بالأمراض نتيجة أن المجتمع سوف يتجه بخدماته الصحية الى هذه الطبقات التى يزداد بينها انتشار الأمراض . ولكن تحقيق هذا الغرض بدا أمرا صعبا حتى فى الدول المتقدمة . فلم يحدث التساوى فى توزيع الأمراض بين الأغنياء والفقراء على الرغم من انحسار دائرة الفقر ووصول الخدمات المجانية الى كل قطاعات المجتمع . فقد تناقصت مثلا نسبة وفيات الأطفال لدى الطبقات

---

(5) Susser M.W. and Watson W., Op Cit, pp, 130, 131

(٦) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

المختلفة وبالتالى لم يتم سد الثغرة بين هذه النسبة بين الاغنياء والفقراء (٧) .

المهنة والصحة :

يهتم علم الاجتماع بدراسة المهن ، وقد نمت وتطورت الدراسات فى هذا المجال حتى ظهرت الدراسات فى شكل فرع من فروع علم الاجتماع يسمى « علم الاجتماع المهنى » . وهو يهتم بعلاقة البناء المهنى بقطاعات أخرى من البناء الاجتماعى مثل الاسرة والاقتصاد والنسق التعليمى والنسق السياسى ونسق التدرج . وتتركز موضوعات علم اجتماع المهن حول تقسيم العمل واسبابه ونتائجه ، كما تركز على معنى ووظيفة العمل وما يتعلق بذلك مثل البطالة والاحالة الى المعاش . وتمتد دراساته الى تحليل المهن المختلفة فيدرس اعمال السكرتارية واحتراف البغاء وممارسة الطب . ويهتم فى دراسة كل مهنة بنظم القبول فى المهن وعوامل الاستمرار فيها ثم بالتدريب وانماط الوظائف والصراعات والأدوار ، ثم العلاقة بين الشخصية والمهنة فى العمل ، والتصور السائد لدى العامة عن المهنة وتوزيع القوة والهيبة داخل المهنة (٨) .

فى ضوء ذلك فان المزاوجة بين علم الاجتماع الطبى وعلم الاجتماع المهنى سوف تؤدى الى نوعين من الدراسات : دراسة المهن الطبية بحيث كل ما ذكر عن موضوعات الدراسة فى علم اجتماع المهن تعتبر هى موضوعات الدراسة فى المهن الطبية . والمجال الثانى هو تاثير العمل فى مهنة معينة على الصحة والمرض . ولعل المجال الثانى هو أحد المجالات الهامة التى أجريت فيها دراسات عديدة وأدى هذا الى ظهور ما يعرف « بأمراض المهنة » و « طب الصناعات » . وهى فروع تهتم بدراسة الأمراض التى ترتبط بالمهن المختلفة أو تحدث أثناء التشغيل فى مجالات معينة مثل المجالات الصناعية .

ومن أمثلة الدراسات التى اجريت فى هذا المجال ما أجراه أطباء الصحة العامة ومهندسيها من فحوصات دقيقة تهدف الى التعرف على تأثير

---

(٧) المرجع السابق ، ص ص ١٣٨ ، ١٣٩ .

(8) Duncan Michell, A Dictionary of Sociology, Routledge and Kegan Paul, 1975, pp. 202, 203.

تراب الجرانيت على العمال المشتغلين فى اسوان . كما قام الأطباء الـذين تغلغلوا فى مناجم الخامات المعدنية بجمع عينات من الهواء الملوث وارسالها الى معامل التحليل للتعرف على احتمالات الاصابة بالأمراض بالنسـبة لمن يعملون فى هذه المجالات (٩) .

وقد امتدت الدراسات وتطورت بحيث بدات تربط بين اكثر من متغيرين (متغير المهنة ومتغير المرض أو التعرض للمرض) . فهناك دراسات مثـلا حاولت أن تربط بين السمات النفسية وبين المهنة وبين الاصابة . فقد درس فرج عبد القادر احمد العلاقة بين الاصابة فى الصناعة وبين الصحة النفسية للذكاء . وانتهى من بحثه التجريبى الى افتراض أن ذوى الاصابات يغلب عليهم أن يتصفوا بالسمات التـالية اذا ما تمت مقارنتهم بمن لا تحـدث لهم اصابات :

١ — انهم اكثر اضطرابا واقل توافقا .

٢ — أنهم اقل قدرة على الانتباه والتركيز .

٣ — انهم أكثر اعتمادا فى سلوكهم على المحاولة والخطأ .

٤ — انهم اثرى تجربة واكثر تقبيها لها .

٥ — أن الاضطراب لا يبلغ درجة كبيرة عندهم مثل تلك التى يبلغها فى حالات الذهان والعصاب .

٦ — أن فئة الإصابات تشارك الفئات الاكلينيكية بعض خصائصها .

٧ — ان فئة الاصابات لا تزيد أو تقل بشكل دال فى نسبة ذكائهـا (الكلية — اللفظية — العملية — معامل الكفاءة) وذلك بمقارنتها بمن لا تحدث لهم اصابات .

٨ — أن السمات المذكورة فى الفئات السابقة على انها تميز خصائص فئة الاصابات تؤيد نظرية وجود القابلية للاصابات ، وأن هناك فروقا فردية

---

(٩) يان سيمون ، الناس والطب فى الشرق الأوسط ، ترجمة الدكتور سعيد عبده . المكتب الاقليمى للصـحة العالمية فى شرق البحـر الأبيض المتوسط ، الاسكندرية ، ١٩٦٨ ، ص ٢٣٥ .

فى هذه القابلية ، وأن هـــذه القابلية تشارك فى تسبب الاصابات وتتواجد بدرجات أعلى عند ذوى الاصابات (١٠) .

كذلك هناك دراسة حسن محمد كاشف التى حاولت أن تربط ربطـــا قويا بين الجـــانب النفسى وبين الاستهداف للاصـــابة الجسمية فى مجـــال الصناعة أيضا . فقد انتهى الباحث الى وجود علاقة بين سمات الاكتئاب الانفعالى والحالات الابتهـــاجية وبين الاستهداف للحوادث . كمـــا كشفت الدراسة عن وجود علاقة جوهرية ودالة احصائيا بين التوافق العام للفرد وبين توافقه فى المنزل صـــحيا واجتماعيا وانفعاليا ومهنيا وبين الاستهداف للحوادث (١١) .

الظروف البيئيـــــة :

لا تعد العلاقة بين البناء الاجتماعى بما يحتوى عليه من نظم وظواهر اجتماعية واقتصادية وبين المرض ظاهرة تاريخية ، ففى أجزاء كثيرة من دول العالم الثالث نجد أن هناك انخفاضا فى متوسط الأعمار عنها فى دول أخرى . ويرجع ذلك الى أن متغيرات البيئة قـــد تقدم ظروفا تســـاعد على انتشار الأمراض المعدية . وعلى سبيل المثال فان الايكولوجيا الاستوائية تلائم نمو الحشرات الناقلة للامراض كالناموس الذى ينقل الملاريا والذبابة الطـــائرة التى تنقل مرض النوم . كذلك يؤدى الانخفاض الشديد فى مستوى المعيشة الى ارتفاع معدلات الوفاة فى دول مثل بنجلاديش وأثيوبيا .

وتلعب العوامل البيئية والاجتماعية دورا فى مجال الصحة والمرض فى الدول المتقدمة . ففى انجلترا مثلا نجد ان هذه العوامل هى المسئولة عن العديد من أنواع الأمراض الشائعة وان كانت تختلف فى نوعيتها عن العوامل الفاعلة فى الدول سابقة الذكر ، ولهذا فهى تتطلب تفسيرا مختلفا . فتظهـــر العلاقة بين مستوى المعيشة ومخاطر المرض فى الاختلاف بين الطبقـــات الاجتماعية فى الصحة وفى معدلات الوفيـــات . ويشير ذلك الى أن العوامل

---

(١٠) فرج عبد القادر أحمد ، العـــلاقة بين الاصابات فى الصـــناعة والصحة النفسية للذكاء ، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، ســـنة ١٩٦٥ ، ص ص ٢٦٠ ، ٢٦١ .

(١١) حسن محمد كاشف ، العوامل الشخصية المرتبطة بالاستهداف للحوادث فى الصناعة ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ، ١٩٨٢ ، ص ١٦٠ .

البيئية سواء فى المنزل او العمل مازالت تلعب دورا هاما فى التأثير على مخاطر المرض والوفيات .

على أننـا يجب أن ندرك انه اذا كانت الظروف البيئية فى ارتباطهـا بالفقر تزيد من مخاطر المرض فان هناك العديد من انواع الامراض التى ترتبط حاليا بالسلوك الذى لا علاقة له بالفقر على الاطلاق . فالافراط فى الطعـام غير المناسب والتدخين والافراط فى شرب الكحول يؤدى الى امراض جسمية مثل أمراض القلب والسكر وسرطان الرئة والتليف الكبدى . على أن المخاطر المؤقتة على الصحة والتى ترتبط بالسلوك هى مؤكدة ودالة على الظروف الاجتماعية السائدة تماما كما كانت مخاطر التلوث الصحى مرتبطة بالظروف الاجتماعية فى القرن التاسع عشر . لهذا فان التركيز على مظاهر السلوك (مثل التدخين) الذى يعتبر انعكاسا لقرارات الفرد وتفضيلاته يؤدى بنا ليس فقط الى تفسير خاطىء او تبسيط اكثر من اللازم لأسباب سلوكه ولكنه يؤدى أيضـا الى محاولات مضللة وساذجة لتغيير سلوكه . فمن المفترض أن الاعلانات وتسويق السجائر والتحذيرات الطبية التى تقدمها الحكومة وفرض الضرائب على التبغ لها تأثير مباشر على الاتجاهات والسلوك .

ان التحليل الواقعى للتدخين فى المجتمع الحديث يشتمل على عـدد من القضايا السياسية والاقتصادية المعقدة بالاضافة الى قضايا الصحة . وعلى سبيل المثال فان الزيادة فى فرض الضرائب على السجائر قد يجعل تكلفتها أمر يحرمها على الكثيرين . ولكن مع حدوث ذلك فان هناك تأثيرا آخر على موارد الدولة وعلى العمالة . فسوف يؤدى ذلك الى انخفـاض الدخل الحكومى وتزداد البطالة . فعلى الرغم من أن الاقلاع عن التدخين سوف يؤدى الى تخفيض النفقات الصحية القومية ، فان الحكومة سوف تكون فى حاجة الى المزيد من المال كمعاشات للاعداد المتزايدة من كبار السن الذين مازالوا على قيد الحياة . كذلك فان النقص فى صناعة التبغ بالرغم من أنها تؤدى الى النقص فى عدد أيام الاجازات المرضية فى الصناعة بصفة عامة الا أنها قد تحدث بطالة كثيفة فى المدن التى تعتمـد بصورة كبيرة على صناعة التبغ نفسها .

لقد اظهر لنا مثال التدخين السـابق بوضوح أن المرض هو انعكاس للاقتصاد فى الماضى وفى وقتنا الحاضر ايضا . وهناك مثال آخر يوضح دور التغذية والمستوى الغـذائى فى الجانب الصحى . فقد قـدر كل من لوك وبسميث عام ١٩٧٦ ان ٥٦٪ من الاناث ، ٥٢٪ من الذكور فى أنجلترا ممن تخطوا سن الاربعين يزيد وزنهم بمعدل ١٥٪ على الاقل عن الوزن المفترض. أن مخاطر الوفاة بالنسبة للذكور الذين يزيد وزنهم بمعدل ١٠٪ يمثل ١ — ٥

اعلى من المعدل وخاصة فى الوفاة المرتبطة بمرض السكر وأمراض الأوعية الدموية . ومن الواضح أن الافراط فى الطعام قد يمثل الخطر الرئيسى على الصحة . وقد ناقش بعض العلماء فى سنة ١٩٧٣ قضية ان مرض الزائدة الدودية وسرطان الامعاء والسكر وامراض الاوردة المختلفة — مثل تجلط الدم فى الأوردة الداخلية والدوالى قد تكون لها علاقة بنقص الالياف . وعلى ذلك فان الشعوب التى تحتوى أغذيتها على نسبة عالية من الألياف تبدو نسبيا خالية من هذه الأمراض . ويلاحظ أن تقرير ضرورة زيادة نسبة الألياف فى الغذاء لا تتوقف على عوامل تتصل بالفرد بقدر ما تتوقف على عوامل مجتمعية أشمل .. ذلك أن احداث تغييرات فى التغذية يرتبط بصناعات انتاج الغذاء تلك التى يمكن أن تتركز فى أيدى شركات تهتم بانتاج سلع يسهل نقلها وتسويقها للتوسع فى الأرباح أما القيمة الغذائية فترد بالنسبة لها فى المرتبة الثانية .

الاقتصاد والصحة :

تفترض بعض الدراسات المعاصرة أن العوامل الاقتصادية تلعب دورا مهينا فى تحديد انماط المرض فى المجتمع الحديث ، وأن دور الخدمات الصحية أقل أهمية بالمقارنة بها . وقد ذكر برينر Brenner سنة ١٩٧٧ أن غالبية التنوع فى المعدلات السنوية الكلية للوفاة فى الولايات المتحدة الامريكية يمكن تفسيرها احصائيا فى ضوء التغيرات التى تحدث فى المستوى السنوى للعمالة مبرهنا على أنه فترة خمس سنوات كان لها تأثير على الصحة . وهذا التأثير قد حدث عن طريقين : الأول أن البطالة قد أدت الى انخفاض دخل الأسرة وبالتالى انخفاض المستوى المعيشى . والثانى أن الفرد قد فقد الاحساس بوجود معنى أو هدف للعمل الذى يعمله . وقد أدت الخبرات والمواقف العديدة الى زيادة الخوف من المستقبل والى ارتفاع نسبة القلق داخل الأسرة وبذلك أصبح افراد الأسرة أكثر عرضة لاعتلال الصحة . وقد انتهى برينر من قراءاته لاحصاءات الولايات المتحدة الأمريكية الى أن لستمرار الزيادة فى البطالة بنسبة ١٪ لمدة خمس سنوات سوف تكون مسئولة عن زيادة حالات الوفاة ٣٧٠٠٠ حالة . وقد نجد تحليلات مشابهة فى دراسات نفس الكاتب عندما حلل الاحصاءات فى انجلترا وويلز والسويد سنة ١٩٧٩ .

ولكن الأمر الذى يجب أن ننبه اليه هو أن عكس هذه النتائج تماما قد ظهر على يد عالم آخر هو اير Aier الذى استنتج أن العلاقة بين البطالة والوفاة فى أدنى درجاتها وذكر أن معدلات الوفاة تزداد فى وقت ازدهار الأعمال عندما تكون معدلات التوظيف مرتفعة . وعلى ذلك فقد فسر العلاقة

بين التوظيف والوفيات فى ضـــوء أربعة اسباب أجتماعية متصلة مصاحبة لدورة العمل هى :

١ — يؤدى الازدهار الاقتصادى الى زيادة هجرة العمالة التى تضعف شبكة العلاقات الاجتماعية التى تحمى الفرد بصورة طبيعية من الأمراض .

٢ — يزيد الاجهاد المتسبب عن قبول العمال للعمل الاضافى خـــلال فترات دورة العمل من اعتلال الصحة .

٣ — يزيد استهلاك الكحول والسجائر بمعـــدلات مرتفعة من اعتـــلال الصحة .

٤ — أما فى فترات التدهور الاقتصـــادى فتزداد شبكة العـــلاقات الاجتماعية وتعمل على حماية الفرد .

ونحن نجدنا الآن أمام اكثر من رأى يضاد كل منهما الآخر ، ولكنهمـــا يتفقان على الاقل فى القـــاء المسئولية الرئيسية فى الصـــحة والمرض على السياسة الاقتصادية أكثر من الخدمات الصحية . ويشارك فى هذا الموقف الخلافى كثير من الكتاب الراديكاليين مشاركة جزئية اذ هم يميلون أكثر الى تحليل مدى مساهمة الطب الحديث فى الصحة بصورة مباشرة .

وهناك بعض الكتاب الآخرين الذين يضعون تركيزا أكبر على الاحتياج الى تحسين الرعاية الصـــحية أكثر من انشـــغالهم بقضـــايا أوسع للتغيير الاجتماعى . فهم يرون أن كثير من الأمراض ذات أسباب بيئية ويمكن منعها ، وأن الطب يجب ان يعطى اهتماما أكبر لتعليم البحث عن الخبرة العمليـــة الوقائية من الأمراض أكثر من أن ينتظر عندما تحدث الأمراض ثم يهتم بعلاجها . فالمنع معناه خفض معدلات المرض . ويرون أيضا أن مصادر الرعاية الصـــحية والطاقة مركزة فى التكنولوجيا الرفيعة وفى اعـــداد المستشفيات وتجهيزها بأساليب العـــلاج على حساب الموارد المجتمعيـــة التى يجب أن توجه الى الوقاية . ويؤكدون انه لا يجب أن نبالغ فى أثر التقدم فى الطب التكنولوجى وأثر استخدام المضادات الحيوية والعقاقير المكسبة للمناعة على الصحة فان القليل فى التحسن فى مجال الصحة يمكن أن ينجم عن الجهود المعملية الطبية . معنى هذا أننا نحتاج الى البديل الآخر وهـــو الرعاية الصـــحية والوقاية والاهتمام بالظروف الاجتماعية والبيئية التى يعيش فيها من يتلقون أى نوع من العلاج اذ أن هذه الظروف يمكن أن تكون فى بعض الأحيان عائقا يحول

دون فاعلية العـلاج ودون حدوث الشـفاء السريع . في ضوء ذلك يجب الاهتمام بطب الشيخوخة والطب النفسي أو العقلي .

وهناك قضية هامة تتصل بذلك وترى أن عمليات التخطيط الشـائع للمسائل الصحية يعتمـد الاستنتاج فيها على أنماط تاريخية تنطوي على المصادفة . فليس من الضروري عنـدما يثبت تأثير عوامل بيئية كمحددات للوفاة في الماضي أن يكون لها نفس التأثير في الوقت الحاضر . فيجب الاهتمام بالبحوث المعاصرة التي يمكن أن تعكس أثر التغيرات المجتمعية طالما نحن نسلم بأن تغيرات معينة يمكن أن تحدث في بعض جوانب البناء الاجتماعي من الحين الى الآخر .

والخلاصة أنه مازالت هناك دراسات عديدة تجرى للتعرف على تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على الصـحة . وفي نفس الوقت مازالت المناقشات حول أولويات الجهد والنفقة المخصصة للمسائل الصحية المتنوعة في ظل ظهور الانماط الحديثة للمرض — مازالت مناقشات خلافية (١٢)

القطاعات الاجتماعية الكبرى والصحة :

تختلف المجتمعات عن بعضها من حيث بنائهـا الاجتماعي وتركيبهـا السكاني وطبيعة البيئة الجغرافية التي يوجد بها كل مجتمع . وهذا ما يجعل هناك تباينا شديدا بين كل مجتمع وآخر في الحجم والسكان والثقافة والظواهر الاجتماعية السائدة . ولا يتوقف الاختلاف والتنوع عند تعدد المجتمعات بل أن كل مجتمع يمكن أن يضم أنواعا متعـددة من الجماعات الاجتمـاعية أو المجتمعات المحلية التي تختلف في ظروفهـا وتركيبها عن غيرهـا . وتتأثر مستويات الصحة العامة الخاصة بكل جماعة بنمط الحياة السائد فيها كذلك فان الأمراض التي تنتشر بين الناس تتأثر بنمط حياتهم . فنحن يمكن أن نجد أمراضا أكثر انتشارا بين سـكان الريف مثل البلهارسيا ، وأخرى أكثـر انتشارا بين سكان المدن مثل تلك الامراض المرتبطة بتلوث البيئة واستنشاق الأتربة والابخرة ومخلفات المصانع . فالبيئة التي تعيش فيها الجماعة تعتبر حقلا خصبا لنوعية معينة من الأمراض التي تؤثر على صحة الانسان بينمـا يمكن الا تعتبر بيئة اخرى مساعدة على انتشار هـذه النوعية من المرض ويتوزع سكان المجتمع المصري على ثلاثة قطاعات أساسية هي :

---

(12) Donald Patrick and Graham Scambler. Op. Cit., pp. 23-29.

القطاع الريفى : يهتم فريق من علماء الاجتماع بالدراسة العلمية للسكان الريفيين والعلاقات القائمة بينهم . ويستخدمون المعلومات التى جمعت عن سكان الريف لتحديد المشكلات التى تعوق نموهم وتقدمهم ، تمهيدا لتجديد الوسائل التى يتم بها حل هذه المشكلات وتحسين مستوى الحياة الاجتماعية الريفية (١٣) .

المجتمع الريفى هو أحد الأنماط الرئيسية فى المجتمع المصرى نظرا لأن مصر كانت بلدا زراعيا بصفة أساسية فى وقت مضى . وحتى عندما بدأت تتحول الى بلد صناعى بقيت الزراعة هى حرفة كثير من السكان الذين يعيشون فى قرى الريف المصرى .

والمجتمع الريفى يتميز بعدة خصائص منها أنه مجتمع تقليدى نسبيا يقوم أساسا على العمل الزراعى . وترجع تقليدية المجتمع الى أنه ظل بعيداً عن تيارات التغير والى أن العمل الزراعى يجعل الناس أكثر ارتباطا بالمكان وأكثر حفاظا على ثقافتهم . ولهذا نجد أن المجتمع الريفى هو مجتمع التقاليد الراسخة ، وهو المجتمع الأكثر حفاظا على القيم والعادات والتقاليد . وهو مجتمع السلطة الأبوية وسلطة كبار السن حيث يكون لكبار السن الكلمة المسموعة وهو المجتمع الذى يتميز أيضا بوجود الأسرة العائلية الكبيرة التى يطلق عليها الأسرة الممتدة لانها تحوى جيل الاجداد والابناء والاحفاد ، وغالبا ما يعيشون جميعا فى بيت واحد ويعملون فى أرض واحدة . ونظرا لصغر حجم القرية فالعلاقات الاجتماعية بين أهالى الريف علاقات قوية ويظهر ذلك فى المشاركات الوجدانية فى المناسبات المختلفة . وتنخفض نسبة التعليم فى القرية عنها فى المدينة نظرا لاعتبارات كثيرة منها استخدام الذكور كايدى عاملة فى الزراعة وعدم الرغبة فى تعليم الاناث بسبب تقاليد المجتمع .

واذا كانت هذه هى الصورة التقليدية للريف المصرى فان هناك قرى ومناطق ريفية قد لحقها قدرا من التغير بسبب قربهـا من المدينة أو بسبب وصول قدر من خدمات المجتمع اليها أيضا . هذه القرى يمكن أن تمثل خطوة نحو التأثر بالمجتمع الحضرى ويمكن أن يحدث فى جوانبها التقليدية بعض التغيرات . ولعل هذه التغيرات التى حدثت فى كثير من القطاعات الريفية تزيل عن الريفيين الاتهام الخاطىء الذى كان يوجه اليهم على أساس أدلة واهية . فقد اتهم الريفيين بالاهمال والتبديد والاتجاهات المحافظة ، وهذه المعتقدات كثيرا ما أدت بالحكومات الى تفضيل الاستراتيجيات الانسانية

---

(١٣) معجم العلوم الاجتماعية ، مرجع سابق . ص ٤١١ .

للموجهة نحو التصنيع بدلا من تلك الموجهة نحو تحديث القطاع الزراعى الذى يعتبر متخلفا على نحو ميئوس منه (١٤) .

ويتميز المجتمع الريفى بقيــام الاسرة بوظيفة تلقين الابنــاء ما يتعلق بالنظافة الشخصية كخطوة أولى نحو مراعاة الجوانب الصحية . وتبدأ الام بتدريب الطفل على تنظيم عملية الاخراج ومراقبة نظافته فى مرحلة الطفولة المبكرة ، وهى التى تقوم على خدمته فى هذه المرحلة المبكرة من نموه فى تدريبه على الحفاظ على نظافة جسمه وملابسه فى أوقات محــددة ، وقد تستخدم العقوبة والمكافأة لضمان ثبات ورسوخ السلوك (١٥) .

وينتشر فى المجتمع القروى العلاج الشعبى ، وهو يتضمن طرقا واساليب بعضها مفيد وبعضها الاخر عديم الفائدة ، كما أن بعضها له أضراره . وحتى فى حالة وجود الوحدة الصحية فى الريف فان تأصل الطرق الشعبية وشــدة اعتقاد الناس فى جدوى الاحجبة والعمل والتعويذة فى الشفاء تجعل اقبالهم على العلاج فى الوحدة الصحية محدودا . كما أن تخوف البعض من الاساليب الطبية الحديثــة يجعلهم لا يقبلون عليها . والبعض منهم يرى أن الطبيب يعتبر غريبا عن المجتمع الريفى وهذا لا يجعلهم يقدمون عليه الا فى الحالات التى يضطرون فيها الى ذلك .

القطاع الحضرى : مجتمع المدينة . يتميز القطاع الحضرى بالكثــافة السكانية ، كما يتميز بتعــدد الجماعات التى توجــد فيه . ويقوم النشــاط الاقتصــادى فى المجتمــع الحضرى على الصــناعة والاعمــال المرتبطــة بهــا : مثــل التجــارة وغيرها . وتتركز فى المدن فى اى مجتمع المصــالح والادارات والهيئــات الرسمية التى يعمل فيهــا سكان المدينة أو ســكان المناطق المجاورة . وترتفع نسبة التعليم فى المدن خاصة التعليم العالى . وتتميز أسرة المدينة بأنها الاسرة الزواجية الصغيرة التى تضم الزوج والزوجة والابناء المباشرين قبل الزواج . وتضم المدينة جماعات سكانية متعــددة ،

---

(١٤) جاك لوب ، العالم الثالث وتحديات البقاء . ترجمة أحمــد فؤاد بلبع ، عالم المعرفة ، الكويت ، ص ٢٨٢ .

(١٥) د. محمد عبده محجوب ، الانثروبولوجيا ومشــكلات التحضر ، الكتاب الثانى : مشكلات التحضر فى المجتمع المصرى ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الاسكندرية ، ١٩٨١ ، ص ١٠٥ .

ويتسم سكان المدينة بالتنوع الشديد ، فأفراد الاسرة الواحدة قد يتجهوا فى اتجاهات تعليمية مختلفة ، وقد يعملوا اعمالا متباينة بعكس اسرة الريف . وتتميز العلاقات فى مجتمع المدينـــة بانها علاقات ثانوية ترتكز أساسا على المصالح . كذلك ينتشر الاتجاه الفردى وتضعف الروابط القرابية . ومجتمع المدينة ايضا اكثر قابلية للتغير عن مجتمع القرية ، ذلك أن حركة الاتصـــال فى مجتمع المدينة أكثر كثافة مما يجعل المدينة موضوعا لتغيرات مستمرة . ونظرا لتعدد انتماءات الناس فى المدينة فإن هناك تفاوتا شـــديدا فى العادات والتقاليد ومختلف جوانب الثقافة السائدة فى المدينة . وعادة يضم مجتمـــع المدينة أحياء متخلفة يعيش فيها افرادا وافدين من منـــاطق أخرى ، ويعـــد مستوى الاحياء المتخلفة ومن يعيشون فيها ادنى — من النواحى الاجتماعية والاقتصادية — من بقية أجزاء المدينة .

وعلى الرغم من المميزات التى يتمتع بهـــا مجتمع المدينـــة عن مجتمع القرية ، فان هناك أعتبارات تجعل هناك صعوبات ومشكلات خاصة بمجتمع المدينـــة . وعلى سبيل المثـــال على الرغم من أن هنـــاك ادراكـــا لضرورة التخطيط الاقليمى والقومى لمدن العالم النامى فان المخططين يواجهون صعوبات جمة تنتج من انخفاض مستوى الدخول ، والنمو السريع للسكان بمـــا فى ذلك افواج المهاجرين من القطاع الريفى الى المدن ، وهم عادة ما يعانون من سوء التكيف فى مجتمع المدينـــة ، ويعـــانون من مشكلات مثل الاحتياجات المادية (١٦) . بالاضافة الى ذلك فان ازدحام مجتمع المدينة وطبيعة العلاقات الثانوية يمكن أن تسهل حدوث الظواهر الانحرافية مثل البغاء الذى يؤدى الى انتشار الامراض المرية . كذلك تؤدى الضغوط التى يتعرض لهـــا انســان المدينة الى توترات عصبية قد تظهـــر فى صورة أمراض نفســـية أو عصبية أو جسمية . ومن الدراسات التى أجريت وتناولت تفاصيل عـــديدة توضح الى أى مدى تؤدى حياة المدن الى مشكلات صحية نوعية تلك الدراسة التى أجراها رينولد ونيكولسون عن السكنى فى الادوار العالية فى المدينة . وعلى الرغم من أنهما لم يجدا فروقا ذات معنى فى مسألة السكنى فى الادوار العليا لكن ذلك انعكس على الاطفال الذين حرموا فرصة اللعب فى الحديقة فى حالة السكنى فى الادوار العالية . وقد أظهرت الدراسة أيضا أن العصبية والاحباط وعدم النوم كانت لها من الاعراض التى عانى منها من يعيشون فى بيوت سيئة (١٧)

(16) Philip Houser, Problems of Rapid Urbanization, in Peter Worsley, Op. Cit., p. 139.

(17) Reynolds I. and Nicholson C, Living in a Hight Flats, in Peter Worsley, Op. Cit., pp. 177, 176.

وقد أدت التغيرات الاجتماعية التى حدثت فى حيـاة سكان المدن الى آثار أخرى تردد صداها فى الابعـاد النفسية . فقـد تغيرت مكانة المرأة الاجتمـاعية ومكونات الادوار التى تقوم بهـا . وأثر هـذا على الجـانب النفسى للطفل . فالطفل يعتمـد على أمه أسـاسا للحصول على الطمأنينة واشباع حاجاته . ولكن انشغال الام فى المدن بالعمل خارج المنزل أدى الى اشباع احتياجات الطفل . ويلاحظ أن عمل المرأة خارج المنزل فى المجتمعات الحضرية تعتبر ظاهرة لها جانبها الايجابى ولها جانبها السلبى أيضا . فعمل المرأة يمكن أن يكون له ايجابياته بالنسبة لكيان المـرأة ووضعها الاجتماعى واشباعهـا السيكولوجى . أما الجانب السلبى فيأتى من أن ارتبـاط الابن بالام فى السنوات الاولى أمر ضرورى للنمو النفسى للطفل ولتكيفه الاجتماعى أيضا ، وغياب الام يفقد الطفل فرصة هذا الاشباع . وفى بعض الاحيـان عندما تحاول الام تعويض اثر غيابها فى أوقات تواجدها مع الطفل أحيـانا يكون ذلك بطريقة متطرفة . لهذا فان وجود الام مع الطفل خاصة فى السنوات الاولى يعفيه من الصراع نتيجة اختلاف القيم والمعايير التى تلقنها له الام عن تلك التى يسمعها من غيرها أثناء غيابها (١٨) .

وعلى الرغم مما ذكر فان مجتمع المدينـة هو المجتمع الذى ناله حظـا أوفر من الخدمة العلاجية . فالمستشفيات والعيـادات المتخصصة تنتشر فى المدن . ولكن بسبب ظواهر وخصائص معينة تتصف بهـا الحياة الحضرية يمكن أن يؤثر ذلك على الافادة من الخـدمة العلاجية . فأحيـانا يكون هناك ارتفاع فى أسعار العلاج الامر الذى لا تستطيعه الطبقات الفقيرة . كـذلك فان الوعى الصحى قد يكون منخفضا لدى بعض الفئات التى لم تنل حظـا وافرا من التعليم أو تلك الفئات التى تعيش فى الاحيـاء المتخلفة فهم يظلوا يمارسوا طرقهم الشعبية فى العلاج على الرغم من معيشتهم فى المدينة . كذلك فانه بسبب سهولة الحصول على الدواء فى المدينة وبسبب وجود أنصـاف المتعلمين ففى كثير من الاحيان يلجأ الناس الى طلب الدواء من الصيدلية دون ارشاد من طبيب الامر الذى يمكن أن يتضمن خطورة على حالتهم الصحية .

القطاع الصحراوى : تضم معظم المجتمعات مناطق صحراوية ، وعادة ما يعيش فى هذه المناطق جماعات سكانية تتوزع فى منـاطق متباعدة . واذا كانت معظم الجماعات الصحراوية بدوية متنقلة فان بعضها يمكن أن يكونوا شبه مستقرين أو مستقرين تماما . وما يتحكم فى التنقل والاستقرار طبيعـة

---

(١٨) د. محمد سعيد فرح ، البناء الاجتماعى والشخصية ، الهيئـة المصرية العامة للكتاب ، الاسكندرية ١٩٨٠ ، ص ص ٢٤٨ ـــ ٢٥٠ .

البيئة التى يعيشون فيها والتى تتحكم فى النشاط الاقتصادى للجماعة طول العام . فاذا كانت البيئة فقيرة من جهة المياه والامطار مارست الجماعة الرعى وأصبح نمط حياتها التجوال ، واذا كانت هناك امطارا موسمية فان الجماعة يمكن أن تستقر فترة من السنة لممارسة الزراعة الموسمية ، اما اذا توفرت المياه من العيون والابار وكانت صالحة للزراعة فيمكن أن تتكون الواحات التى تستقر فيها الجماعات الصحراوية بصفة دائمة .

وتعيش معظم الجماعات الصحراوية فى شكل تجمعات قبلية ، وترتبط بروابط قرابية على الرغم من تشتتها فى مناطق متباعدة . وعادة ما يكون لهذه الجماعات تراث ثقافى مختلف . ويحكم الناس فى الصحراء قانون عرفى تكون له قوة القانون الذى يحكم الجماعات المتحضرة . ويخضعون لمجموعة من التقاليد شديدة الصلابة بسبب العزلة ونتيجة عدم اتصالهم بجماعات أخرى . ومن الطبيعى أن تنخفض نسبة التعليم بين سكان الصحراء — خاصة البدو الرحل — نتيجة صعوبة توصيل الخدمات التعليمية اليهم بسبب عدم استقرارهم .

ويؤدى الوجود فى البيئة الصحراوية الى تعرض الانسان الى نوعية من الامراض ربما لا يتعرض لها من يعيش فى المجتمع الريفى أو الحضرى (أنظر الدراسة الميدانية « طب الصحراء » فى الباب الأخير من الكتاب) . كذلك فان ثقافة المجتمع الصحراوى المتميزة تحوى ما يؤثر أيضا على صحة الانسان . وعلى سبيل المثال فان العرف السائد لدى بعض القبائل والذى يجبر الفتاة على أن تتزوج ابن عمها تجعل هذا المجتمع يمارس زواج الاقارب فى نطاق ضيق جدا مما يؤثر على صحة النسل : كذلك فان عزوف المرأة البدوية عن التقدم للفحص الطبى بسبب التقاليد يؤدى الى التأثير على صحة المرأة .

ومجتمع الصحراء هو مجتمع الطب والعلاج الشعبى ، فالبدو اشتهروا دائما بأن لديهم طرقا للعلاج الشعبى ساعدتهم عليها طبيعة البيئة التى يعيشون فيها . فقد وضعوا أجسادهم فى رمال الصحراء الساخنة صيفا للشفاء من الروماتزم وعلاج السمنة . واستخدموا الكى فى أجزاء مختلفة من الجسم لعلاج الكثير من الامراض . واستخدموا النباتات الصحراوية أيضا طلبا للشفاء ، ومن الطبيعى أن ينتشر الطب الشعبى فى هذه المناطق نظرا لبعدها عن مراكز الخدمات الصحية ، وحتى عندما وصلت الخدمات الصحية الى الجماعات البدوية كان اقدام البدو عليها يشوبه الكثير من المتاعب بسبب شدة اقتناعهم بالاساليب الشعبية . ولكن ، تغيرا فى الاقدام على الطب الحديث وفى العادات الصحية قد لحق هؤلاء البدو الذين اعتادوا حياة

المدن سواء كانوا يعيشون فى المدن الصحراوية التى وصلتها الخدمات الصحية ، او كانوا على مقربة من المناطق الحضرية . فقد تبنى هؤلاء نماذج سلوكية جديدة فى مجال الصحة (١٩) .

والخلاصة أنه يجب على الاجتماعى وممارس الطب أن يعى كل منهما فى أى المجتمعات يعمل . ذلك أننا اذا تعرفنا على طبيعة المجتمع وخصائصه يمكننا من التعرف على خصائص من يعيشون فيه ، والتعرف على طبيعة المشكلات الاجتماعية والصحية التى توجد به . فطبيعة المشكلات الاجتماعية والصحية السائدة فى المجتمع البدوى يمكن أن تختلف عن تلك التى تنتشر فى المجتمع الريفى أو المجتمع الحضرى كما سبق وذكرنا . ويجب أيضا لكى يتمكن الشخص من الافادة من هذا الجانب أن يحاول الاستفسار عن نوعية المجتمع الذى يعمل به سواء كان سيعمل فى مستشفى أو فى وحدة صحية أو فى مركز لتنظيم الأسرة أو ... الخ . وعليه أيضا أن يلاحظ بنفسه ما يسود فى هذا المجتمع من ظواهر فى ضوء السمات الاساسية التى حددناها للمجتمع الريفى والحضرى والبدوى .

وسوف يساعد التعرف على طبيعة المجتمع ممارس الطب أو الاجتماعى على أن يتعامل مع أهالى المجتمع الذى يعمل فيه بطريقة مقبولة . ذلك أن معرفة عادات وتقاليد الناس ، ومعرفة طباعهم وقيمهم يكون مفيدا ومساعدا على الوصول الى أفضل طريقة للتعامل مع الناس دون المساس بعاداتهم وقيمهم . فنحن سيمكننا التعامل مع الناس بنجاح اذا احترمنا عاداتهم وتقاليدهم وقيمهم . وفى نفس الوقت سنكون أكثر نجاحا اذا عرفنا كيف نوجههم وارشدهم الى ما تتضمنه هذه العادات والتقاليد من تأثير على الصحة .

---

(١٩) أنظر مثلا التغيرات التى حدثت فى هذا الجانب نتيجة توفير الخدمات الصحية فى منطقة الصحراء الغربية فى المجتمع المصرى فى كتاب « المجتمعات الصحراوية فى الوطن العربى » ، للدكتور نبيل صبحى حنا ، دار المعارف ، القاهرة سنة ١٩٨٤ ، ص ص ٢٢٨ — ٢٣٦ .

الفصل العاشر

الثقافة

والصحة والمرض

يبدو أنه من الصعوبة بمكان الوصول الى تحديد دقيق للأساس الفعلى للثقافة . فالجذور الاولى لكل من الدين ، والزواج والفن غير معروفة . وعلى الرغم من ذلك استطاع العلماء تصنيف مختلف الوان الثقافة التى أوجدها الانسان منذ بداية العصر الحجرى (١) . ويرى ليزلى هوايت Lesla A. White أن الثقافة بدأت عندما بدأ الانسان ينطق ويستعمل الرموز الاولية ، لهذا يعتبر تاريخ الثقافة هو تاريخ الانسان ككائن بشرى . ويلاحظ أنه قد ترتب على انتقال أشكال الثقافة منذ مئات الآلاف من السنين ، أن فقدت بعض عناصرها ، وتغير البعض الآخر ، الا أن الثقافة نفسها قد استمرت (٢) .

مفهوم الثقافة وطبيعتها :

تعرض عدد كبير من علماء الاجتماع والانثروبولوجيا لدراسة موضوع الثقافة وتحديد مفهومها (٣) . وقد اختلفت تعريفاتهم لها باختلاف تخصصات الدارسين . وسوف نعرض لبعض هذه التعريفات بهدف التفرقة بينها وبين التعريف الانثروبولوجى للثقافة .

---

(1) John Eric, Nordskog, Social change, New York, Toronto, London, 1960, p. 4.

(2) Francis E. Merrill, Society and culture, Printice-Hall, Inc., 1960, p. 118.

(٣) عندما درس كروبر وكلاكهون Kroeber & Kluckhohn تعريفات الثقافة وجدا أن هناك ١٦٤ تعريفا ، ومع ذلك فهى لم تشتمل على كل قضايا الثقافة التى تبلغ الآلاف .

انظر : p.120

يختلف التعريف الانثروبولوجي للثقافة عن ذلك التعريف الذى يقصر الثقافة على السلوك وهو جانب معين يتعلمه الناس ويشاركون فيه بالاضافة الى بعض الافكار والاتجاهات المتوقعة والمقبولة فى أى مجتمع (٤) .

ويختلف المفهوم الانثروبولوجى للثقافة كذلك اختلافا بينا عن المفهوم الدارج لكلمة « الثقافة » ، والذى يعتبر أن الثقافة مرادفة لارتفاع مستوى كفاءة الفرد فى تخصصه أو تعليمه . فالشخص المثقف أو المتحضر هو الذى يستطيع أن يصل الى درجة التمكن فى بعض مجالات المعرفة ، وهو الذى يتميز بآداب سلوكية راقية . وبناء على ذلك يكون الشخص غير المثقف هو الشخص الذى لم يكتسب هذه المعرفة . ويعتبر هذا التعريف قاصرا — من وجهة النظر الانثروبولوجية — اذ يقتصر مفهوم الثقافة على مجالات معينة من المعرفة . فالثقافة تتضمن كل أساليب السلوك المشتقة من مجالات النشاط البشرى بكافة أنواعها ، كما تتضمن التقنيات والمناهج المستخدمة فى صناعة الفخار ، وحياكة الملابس ، وبناء البيوت . فالانثروبولوجيا لا تعرف ذلك التمييز الشائع فى الاستخدام العادى بين « المثقف وغير المثقف » ، لان هذا لا يمثل سوى اختلاف فى حظ الفرد من الثقافة : فهو لا يدل على وجود هذه الثقافة من عدمه .

كذلك يختلف المفهوم الانثروبولوجى للثقافة عن مفهوم المؤرخين الذين يطلقون مصطلح الثقافة على بعض الانجازات الفنية والفكرية ، فهم يعلون بالثقافة الاغريقية مثلا انشطة الاغريق المتعلمين الذين كانوا يتمتعون بمهارات عالية فى الفن والادب . فلا يشير مصطلح الثقافة لديهم ، الا الى الانشطة العديدة الاخرى التى كان يتميز بها المجتمع الافريقى . ونحن لا نجدهم يستخدمون هذا المفهوم عند الكلام عن شعوب معينة كالهنود الحمر الامريكيين ، أو الشعوب الافريقية ، التى لم تعرف تاريخا مكتوبا (٥) .

ولعل مفهوم الثقافة الذى حدده كلايد كلاكهون Clyde Klukhohn يساعدنا على فهم السلوك البشرى ، حيث يقول : « نقصد بالثقافة جميع مخططات الحياة التى تكونت على مدى التاريخ ، بما فى ذلك المخططات

---

(4) Young and Mack, Principles of Sociology, American Book Company, New York, 1960, p. 30.

(5) Ralph L. Beals and Harry, Hoijer, An Introduction to Anthropology, The Macmillan Company, New York, Third Edition, 1965, pp. 265-266.

الضمنية والصريحة ، والعقلية واللاعقلية . وهى توجد فى أى وقت كموجهات لسلوك الناس عند الحاجة » . كما يوضح هذا المفهوم تنوع السلوك البشرى عندما ندرك أن لكل مجتمع انسانى ثقافته المتميزة ، أو كما يقول كلاكهون أيضا : « أن ثقافة مجتمع من المجتمعات هى نسق تاريخى المنشأ يضم مخططات الحياة الصريحة والضمنية التى يشترك فيها جميع أفراد الجماعة (اى المجتمع) أو أفراد قطاع خاص معين منها » .

واذا كانت التعريفات السابقة قد تناولت جانبا من جوانب الثقافة ، فان هناك تعريفا آخر اشتمل — على الرغم من بساطته — على كثير من العناصر التى اجمع علماء الانثروبولوجيا والاجتماع على أنهما تؤلف أهم خصائص الثقافة ومحتوياتها (٦) . ذلك هو التعريف الكلاسيكى البسيط الذى وضعه تايلور فى مطلع كتابه عن « الثقافة البدائية »حيث يقول : « أن الثقافة أو الحضارة بمعناها الاثنوجرافى الواسع ، هى ذلك الكل المركب الذى يشمل المعرفة والمعتقد والفن والاخلاق والقانون والعرف وكل المقدسات والعادات الاخرى التى يكتسبها الانسان كعضو فى مجتمع » (٧) .

واذا شئنا أن نوجز ما سبق سرده فان مصطلح ثقافة . كما يستخدمه دارسى الانثروبولوجيا ، يمكن أن يستخدم للدلالة على ما يأتى :

١ — للدلالة على اساليب الحياة الشائعة فى وقت معين بين البشر جميعا .

٢ — للدلالة على أساليب الحياة الخاصة بمجموعة من المجتمعات التى يوجد بينها قدر من التفاعل .

٣ — للدلالة على أنماط السلوك الخاصة بمجتمع معين ·

---

(٦) د. أحمد أبو زيد ، البناء الاجتماعى ، الجزء الاول « المفهومات » ، الدار القومية للطباعة والنشر ، القاهرة سنة ١٩٦٥ ، ص ١٨٦ — ١٨٧ .

(٧) يقترب هذا التعريف من التعريف الذى وضعه كل من ويسلر وسوروكن Wissleir and Sorokin فقد رأيا أن الثقافة تتألف من اللغة وآدابها ، والفولكلور ، والمعرفة العلمية ، والمهارات الفنية ، والخبرات الروحية ، والنظم التربوية والتعليمية ، والعقائد ، والانظمة . والاتساق الاجتماعية .

انظر : د. أحمد الخشاب ، التفكير الاجتماعى ، دار المعارف سنة ١٩٧٠ ، ص ٦٦٣ .

٤ — للدلالة على أساليب السلوك الخاصة بشريحة أو شرائح معينة داخل مجتمع كبير على درجة من التنظيم المعقد (٨) .

تقسم الثقافة الى ثقافة مادية وثقافة لامادية . وتتضمن الثقافة المادية الاختراعات والوسائل المادية التي يطلق عليها البعض لفظة حضارة . ولا يرى الانثروبولوجيون المعاصرون أن الحضارة تختلف نوعيا عن الثقافة ، كما أنهم لا يميزون بين شعب متحضر وآخر غير متحضر . فجميع الحضارات — بما فيها الحضارات العظيمة المعاصرة أو القديمة — ليست سوى مراحل خاصة في تطور الثقافة تتباين في ثراء مضمونها وفي تعقد تركيبها ، ولكنها ليست مختلفة نوعيا عن ثقافات الشعوب التي تسمى شعوبا غير متحضرة .

والثقافة اللامادية هي الاساس الجوهري للثقافة المادية . ذلك ان مظاهر الثقافة المادية لها أساس فكرى سابق عليها . بل أن امكانية التقدم المادى محدودة بحدود الانماط الفكرية الموجودة . كما ان الاشياء المادية تكون عديمة الفائدة — بل ويمكن أن تكون ضارة — بدون معرفة طريقة استعمالها . ويكمن أساس الثقافة في المعاني والأنساق الرمزية ، التي هي وحدها وثيقة الصلة بالعناصر المادية (٩) .

وللثقافة جانب ظاهر وجانب آخر ضمني ويتمثل الجانب الظاهر من الثقافة في الاختراعات المادية التي نراها وفي اللغة التي نسمعها وفي العادات والتقاليد التي يمكن أن نلاحظها في مناسبات مختلفة . ولكن هناك الجانب الضمنى غير الظاهر ويضم جوانب الثقافة التي يصعب ملاحظتها ولا يمكن التعرف عليها الا بطرق متعمقة أو بتحليل جوانب الثقافة الظاهرة . وتعد معتقدات الانسان ومستوى معرفته من جوانب الثقافة غير الظاهرة . ودائما وراء كل جانب ظاهر من الثقافة جوانب عديدة غير ظاهرة . فالزى مثلا كعنصر ثقافى ظاهر يمكن أن يتضمن معتقدات (غير ظاهرة) تتعلق بالقيم والاحتشام والنظام ... الخ . فارتداء الممرضات مثلا زيا موحدا يعتبر أمرا يتضمن ثقافة ظاهرة وضمنية في نفس الوقت . فالزى نفسه هو ثقافة مادية ظاهرة ، ولكنه يتضمن ايضا فكرة غير ظاهرة هي محاولة التنظيم بحيث يستطيع الانسان أن يفرق بين ممرضة وبين أى فتاة أو سيدة أخرى في نفس المكان .

---

(8) Ralph L. Beals, op. cit., p. 269.

(9) Francis E. Merrill, op. cit., p. 124.

وتبدو مسألة دراسة الجوانب الظاهرة والضمنية فى الثقافة دراسة هامة بالنسبة لمن يعمل فى مجال الصحة لان بعض جوانب ثقافتنا الضمنية يمكن أن تكون مؤثرة تأثيرا شديدا على السلوك الظاهر . وعلى سبيل المثال فان أقدام الناس على تنظيم الاسرة — كسلوك ظاهر — يتأثر بجانب غير ظاهر وهو معتقدات الناس حول فاعلية هذه الوسائل أو جلبها للامراض أو حول مدى اتفاق فكرة تنظيم الاسر مع الدين .

ويكتسب الانسان الثقافة من مجتمعه منذ مولده عن طريق الخبرة الشخصية وبما أن كل مجتمع يتميز بثقافة معينة محدودة بزمان ومكان معينين فان الانسان يكتسب ثقافة المجتمع الذى يعيش فيه منذ الصغر . ولا تؤثر العوامل الفسيولوجية والسلالية فى تلك العملية (١٠) لهذا تسهم دراسة الثقافة فى التعرف على كثير من سمات الشخصية . فقد أوضحت الدراسات مثلا أن الحزن من أهم ملامح الشخصية المصرية . وتوصلت الدراسات الى هذه النتيجة من خلال تحليل الكثير من عادات وتقاليد وطقوس الشعب المصرى ، خاصة الغناء العاطفى ، ومن دراسة الامثال والاقوال المتداولة ، فالمصرى يشعر بالقلق اذا استمتع خلسة بالحياة ولو للحظة ، ولهذا يعبر عن قلقه عندما تغمره السعادة بقوله « اللهم اجعله خير » (١١) .

والثقافة بهذا المعنى ظاهرة لصيقة بالمجتمع . وهى فى نفس الوقت ظاهرة مستقلة عن المجتمع وان ارتبطت ارتباطا شرطيا بوجوده (خاصة الثقافة اللامادية) . وبرغم استقلال الثقافة عن المجتمع فان هناك علاقة اساسية بينهما يجب أن نتناولها بالتحليل لانها تحدد معالم الدراسة فى هذا البحث . ولكننا لن نتطرق لمناقشة مسألة اسبقية المجتمع على الثقافة أو العكس . وما يمكن أن يقال بخصوص ذلك هو إننا نفترض أن الانسان وجد فى المجتمع ، ثم وجدت الثقافة . اذ ان الثقافة تنتج من المجتمع المكون من أفراد فى تفاعل مستمر ، ثم تصبح بعد ذلك العملية دائرية ، فالمجتمع ينتج الثقافة ، والثقافات بدورها تؤثر فى مجتمعاتها (١٢) ، ونتيجة لهذا يؤدى

---

(١٠) د. عاطف وصفى ، الأنثروبولوجيا الثقافية ، دار المعارف ، القاهرة سنة ١٩٧٥ ، ص ٧٨ .

(١١) د. عاطف وصفى ، الثقافة والشخصية ، الشخصية المصرية التقليدية ومحدداتها الثقافية ، دار المعارف ، ص ص ٢٥١ : ٢٥٢ .

(12) David Bidney, Theoritical Anthropology, Columbia University Press, New York, 1953, p. 104.

التغير في الثقافة الى تغير في المجتمع والعكس صحيح ، فالثورة الصناعية نشأت نتيجة للتغيرات في وسائل انتاج القوى والسلع الصناعية . هذه التغيرات أثرت في طريقة حياة الاجيال المتعاقبة في مجتمع غرب أوروبا ، ومازالت سلسلة رد الفعل تسرى خلال الاجزاء النامية من العالم . واذا كان المجتمع هو جماعة من الافراد في تفاعل مستمر ، فالثقافة هي نتاج هذا التفاعل . واذا كان التفاعل الاجتماعي يجعل نمو الثقافة ممكنا على المستوى الانساني ، ويعطي للثقافة اهميتها في تصميم الفعل ، فان الثقافة تحدد بدورها أيضا شكل التفاعل الاجتماعي الذي يحدث بين شخصين أو أكثر عن طريق ما تتضمنه من معايير وقيم . وحيث أن الثقافة تراكمية وتسلم من جيل الى جيل في المجتمع عن طريق خاصيتها الرمزية ، ويتعلمها كل فرد في مرحلة نموه ، لهذا فهي محددة أساسا للشخصية وتعتمد في وجودها على قدرة المجتمع على تسليم التراث للاجيال اللاحقة (١٣) .

الثقافة والصحة والمرض :

توجد المعايير في المجتمع وتعكسها أنماط سلوك الافراد وأساليب تفكيرهم . وبعبارة أخرى فان المعايير هي التي تحدد ما نفكر فيه وما نفعله . وعلى سبيل المثال فعدم ضرب المريض يعتبر أحد المعايير التي تسود لدى من يمارسون مهنة التمريض مهما كان المريض بذيئا أو عدائيا . وعندما يحدث استثناءا لهذه القاعدة بأن تضرب ممرضة في قسم الاستقبال أو الطوارىء مريضا لانه تعاطى جرعات كبيرة من اى عقار فان بقية الممرضات سوف ينتقدن هذا السلوك ويمكن أن تجازى الممرضة على ما فعلته .

وترتبط المعايير التي تسود لدى اى جماعة بجوانب مختلفة من حياة الجماعة ؛ ولهذا هذه المعايير أحيانا تكون متصارعة . ويحاول أفراد الجماعة أن يحلوا مشكلة هذه الصراعات بما يتفق مع احوالهم الاجتماعية وما يتفق أيضا مع مستقبلهم . وعلى سبيل المثال فان ميرتون قد أوضح كيف ان الاطباء مطالبين ببذل الجهد في القراءة الطبية وفي العمل الطبي التخصصي ، وفي نفس الوقت من المتوقع منهم أن يكونوا اجتماعيين يقضون وقتا يتجاذبون فيه أطراف الحديث مع المرضى ومع الزملاء . وكل من العملين يحتاج الى وقت . ولهذا يحدث الصراع لدى الاطباء ، فهم اذا حققوا التوقع الاول فسوف يرضى عنهم المرضى والزملاء ، واذا حققوا التوقع الثاني وقضوا وقتا طويلا يقيموا

---

(13) Francis E. Merrill, Op. Cit., p. 120.

علاقات اجتماعية فسوف يرضى عنهم الناس ولكنهم لن يستطيعوا أن يقدموا أفضل رعاية للمرضى . وهذا يمكن أن يعرضهم للجزاءات .

والقيم هى عنصر آخر من عناصر الثقافة . ويحاول أفراد أى مجتمع تحقيق القيم المجتمعية من خلال السلوك . ويلاحظ أنه فى الحالة المثالية لا تتعارض المعايير مع القيم ، ولكن واقعيا أحيانا يحدث الصراع بينهما . وعلى سبيل المثال فاذا كانت قيمة الانجاز تعتبر من القيم التى تسود فى المجتمع ، فان المعايير التى تسود فى جماعة اجرامية تمارس السرقة لن تشجع الفرد على الانجاز . والفرد المجرم فى هذه الحالة يرتبط بمعايير الجماعة التى اتخذت الجريمة طريقة لحياتها لانه يعتبرها جماعته التى ينتمى اليها . هذا بجانب أن الوصمة التى يوصم بها الفرد نتيجة ارتباطه بالجماعة الاجرامية يمنعه من الانجاز بالطرق المشروعة فى المجتمع ، أى من طريق العمل . وبالمثل فان لا الصحة كقيمة لا هو مفهوم منتشر على نطاق واسع ، ومع ذلك فان المعايير تجبر الاشخاص أن يعملوا فى مهن تؤدى الى توترات شديدة لديهم، ويعيشون فى مناطق جغرافية ملوثة ، أو يتناولون طعاما يؤدى — على المدى الطويل — الى التأثير على الصحة .

والمعتقدات هى أفكار تتعلق بالحقيقة والزيف ، وتتعلق بالصحة والخطأ ، وهى قد تتعلق بالافكار والسلوك . ويجب فهم المعتقدات لانها تساعد فى فهم الفعل ، كما تفسر رسوخ بعض الافعال التى تصدر من الفرد داخل الجماعة أو تجاهها . وعلى سبيل المثال فانه من المهم أن يثق (يعتقد) اى معالج بأن الشخص الذى يأتى اليه مريضا لكى يكون لديه دافعا لعلاجه . بجانب أن المعتقدات السائدة عن مرض معين هى التى تحدد كيف سيسلك الشخص الذى سيصاب به ، وكيف سيسلك الناس تجاهه أيضا . ومثلما يحدث بالنسبة للقيم فان المعتقدات أيضا يمكن أن تتصارع مع المعايير . وعلى سبيل المثال فان القانون (كاحد أشكال المعايير) يمكن أن يعتبر الشخص الذى لا يعرف السلوك الصحيح من السلوك الاجرامى أثناء آدائه لسلوك يصنفه القانون على أنه جريمة شخصا مريضا يحتاج الى أن يعالج ولا يجب أن ينظر اليه على أنه مجرم . ومع ذلك فمن يتعاملون مع هذا الشخص الذى انتهك القانون من أفراد الاسرة أو الاطباء أو المرضات أو الحراس سوف ينظرون اليه على أنه مجرم ؛ وهنا تتعارض المعايير مع المعتقدات . وما ينتج عن هذا الموقف أن من يتعاملون مع هذا الشخص سوف يظلوا يعاملونه مستندين الى معتقداتهم على انه انسانا مجرما ولن يتعاملوا معه على أنه مريض .

ويمكن النظر أيضا الى المعتقدات على أنها أيديولوجيات تغطى شرعية

للسلوك . وعلى سبيل المثال فان الممرضة قد تفزع عندما تقرأ عن اعمال العنف التى تؤدى بالشخص الى ان يفقد وعيه ولكنها لا تجد حرجا فى أن تتقدم هى وتعطى لمريض صدمة كهربائية خلال العلاج بالصدمات الكهربائية الراجفة دون خوف أو دون ابداء اى تراجع عند قيامها بهذا الفعل . بالمثل فان الممرضات لا يجدن حرجا فى الاقدام على اعطاء الطفل حقنة مؤلمة على الرغم من انه يبكى ويطلب الا يشعر بالالم . والاختلاف هو انه فى حالة أعمال العنف فان الفعل يكون غير مشروع اما فى حالة اعطاء الصدمة الكهربائية أو الحقنة فان الممرضة تعتقد أنها تعمل شيئا مفيدا بالنسبة للمريض ، وهو لا يتنافى فى نفس الوقت مع فكرة الشرعية اذ ان التقاليد الطبية قد أقرت هذه الاساليب العلاجية .

تشكل المعايير والقيم والمعتقدات الجوانب غير المادية للثقافة — كما سبق وذكرنا — تلك التى تتشكل وفقا لها توقعات السلوك ، ويتحدد بناء عليها ما يريد الناس ان يفعلوه ، ويتحدد بناء عليها ايضا ما يعتقد الناس أنه صحيحا أو غير صحيح . ويتعلم الناس المعتقدات والمعايير والقيم خلال عملية التنشئة الاجتماعية . ويكتسب الطفل هذه العناصر الثقافية خلال مراحل حياته الاولى لهذا يميل البعض الى تسمية هذه المرحلة بالتنشئة الاجتماعية الاولية . وعلى الرغم من أن رسوخ هذه العناصر يتم فى المرحلة المبكرة الا أن سنوات العمر المختلفة يحدث منها أيضا اكتسابا لمعتقدات ومعايير وقيم ربما تختلف عن تلك التى اكتسبها فى المرحلة الأولية ، ويميل البعض ايضا الى أن يطلق على التنشئة فى المراحل التالية التنشئة الثانوية . ولكى نستطيع أن نتعرف على الاثار الناتجة على التلقين فى مراحل العمر الاولى على الاعتقاد فى الطب الشعبى وعلى القيم المتعلقة بالصحة الجيدة ، وعلى المعايير التى تتحكم فى متى يذهب الناس الى الطبيب لطلب مساعدته فانه يجب أن ندرس عمليات التنشئة الاولية . أما اذا أراد الشخص أن يتعرف على توقعات الافراد فيما يتعلق بدور الاخصائى الاجتماعى فى المجال الصحى ، أو الموظف الادارى فى المستشفى أو الطبيب أو الحكيمة المسئولة فان عليه أن يدرس عملية التنشئة الثانوية . وهناك امثلة عديدة أخرى للموضوعات التى يمكن التعرف عليها من خلال دراسة فترات التنشئة الثانوية مثل عدد سنوات الدراسة بالنسبة لطالب الطب ، ومدى ارتباط واقتراب الطلبة من الاساتذة وتفاعلهم معهم ، ومدى الخبرات الاكلينيكية التى يحصلها الطلبة بالنسبة للخبرات التى يحصلون عليها فى قاعات الدرس ، وطرق النقل من سنة الى أخرى ، وكيف يتم اختيار الطلبة ، وكيف ينتقل الطلبة من مرحلة الدراسة الى العمل ثم ما هى أنواع المعتقدات والقيم والمعايير التى يتلقنها الطلبة خلال مراحل الدراسة ؟

ويجب أن ندرك أن عوامل عديدة يمكن أن تسبب الانحراف عن المعايير والقيم وغيرها ، فهناك المريض الذى لا يستجيب لتعليمات الطبيب ، وهناك أيضا الطبيب الذى لا يسلك وفقا لاخلاقيات المهنة ، وهنــاك الاسرة التى تعانى من الفقر ولكنها تهتم اهتماما شديدا بالتغــذية وباللجوء الى الطبيب وقت الحاجة وتتصف بشدة الاعتقاد فى الطب الرسمى ويتمتع افرادها بصحة جيدة . وهناك أيضا المرضة التى تسجل بيانات المريض لكنها لا تعرف كيف تأخذ بياناته بدقة : تلك الاجراءات التى تتعلمها الممرضة بسهولة . وهناك المستشفى التى لا تقدم خدماتها وامكانياتها بطريقة ميسرة للمرضى . كل هذه أشكال للانحرافات عن المعايير والقيم ، وتحتاج الى دراسة ثنائية للتعرف على كيفية تحديد الانحراف داخل الجماعة ثم كيفية مجازاة هذا الانحراف .

وعنــدما نذكر مفهوم الانحراف لا يجب أن تقفز الى اذهاننـــا فــكرة الجريمة ، فهناك أشكال عديدة للانحراف لا تصنف تحت مفهوم الجريمة . وعلى سبيل المثال فان المرض هـــو شكل من أشكال الانحراف ، وهنـــاك جزاءات تعيـــد المريض الى حالته الطبيعية وهنـــاك مكافآت تبقى الصحيح محافظا على حالته الصحية . وبالمثل فان الخطيئة هى إحد أشكال الانحراف ، وهناك عقوبات محددة للخاطىء .

كذلك لا يجب أن نعتقـــد أن الجريمة وحدها هى التى تتحـــدد لهـــا عقوبات . فهناك عقوبات أخـــرى توجه الى من يسلكون أنواع عديدة من السلوك غير السلوك الاجــرامى . وتنقسم هـــذه العقوبات الى عقوبات رسمية واخـــرى غير رسمية . والعقوبات الرسمـــية هى التى تتحـــدد فى اللوائح الرسمية للمؤسسات والتنظيمات ، أما العقـــوبات غير الرســمية فيوقعها الافراد ويشعرون بها دون أن تكون مكتوبة . فادارة الوجه للاخر أثناء التعامل ، والمصافحة غير الحارة ، وعبوسة الوجه ، والضحك على الشخص ، والكلمات القاسية واللهجة الحادة ، وعدم الاجابة على الاسئلة ، ورفض الدعوة هى كلهـــا عقوبات يستخدمها النـــاس بوعى أو بدون وعى للتأثير فى الاخرين (١٤) .

وتسهم الثقافة التى توجـــد فى المجتمع فى الجوانب الصــحية بطرق عديدة ، فهى تقدم للفرد المفاهيم المتعددة عن المرض . فقد دلت الدراسات التى أجريت فى أمريكا عن مفهوم المرض لدى جماعات أمريكية مهاجرة مثـــل المكسيكيين على أن الذين جاءوا من جماعات ريفية أو من شرائح طبقية دنيا وهامشية فى المدن الصغيرة كانت لهم اتجاهات خاصة نحو المرض ، فقـــد

(14) John Benton, Op. Cit., pp. 4-7.

صحبوا معهم كثير من المعتقدات والممارسات الشعبية ، واتضح أنهم لم يكتسبوا مفهوما مختلفا للمرض فقط ، وأنما كانت للمرض دلالات اجتماعية مختلفة لديهم أيضا (١٥) .

كذلك اشارت دراسات أخرى الى تأثير الثقافة على السمات الشخصية : فقد أثبتت دراسات علم النفس أن الصبى النحيل قد تنشأ لديه ميول جمالية وهوايات غير اجتماعية ليس بسبب المحددات الموروثة ، بل لانه لا يجد في ثقافة معينة اشباعا في الرياضة البدنية واللعب البدني وبالتالي يضطر لان يسعى وراء الاشباع في الهوايات الاجتماعية مثل القراءة . ونظرا لما يبدو من أن نظريات الانماط الجسمية مثل نظرية شلدون لا تنطبق على الاناث في الثقافة الواحدة ، وهن اللواتي تختلف أدوارهن في الطفولة والرشد عن أدوار الذكور ، فان هذا يوحي بأن الفروق الثابتة بين الجنسين تعتمد على اضطراد وجود الفصل الثقافية أكثر منها على التحديد البيولوجي (١٦) .

الطب الشعبي :

نعني بالطب الشعبي أساليب العلاج باستخدام الاعشاب والمواد المختلفة أو المعالجة المثلية (معالجة الداء باعطاء المصاب جرعات صغيرة من دواء لو أعطى لشخص سليم لاحدث عنده مثل أعراض المرض المعالج) وغيرها من الاساليب الشعبية . وكما ينتشر الطب الشعبي بين الجماعات البدائية فانه ينتشر أيضا لدى جماعات وقطاعات عديدة في المجتمع الحديث . وتبقى أساليب الطب الشعبي تستخدم عبر أجيال عديدة بسبب عملية التوارث والنقل من جيل الى جيل اذ أن الطب الشعبي يعتبر احد مكونات الثقافة وينطبق عليه نفس ما ينطبق على العناصر الاخرى من الثقافة (١٧) .

وقد ارتبط الطب الشعبي بالسحر لدى الجماعات البدائية . وعلى الرغم من أن السحر له الطابع الرمزي التعبيري ، الا أنه أستخدم على مدى

---

(١٥) د. محمد الجوهري ، الانثروبولوجيا ، أسس نظرية وتطبيقات عملية ، الطبعة الاولى ، القاهرة سنة ١٩٨٠ ، ص ٣٤١ .
(١٦) جوليان روتر ، مرجع سابق ، ص ١٠٠ .
(17). David Davis, A Dictionary of Anthropology, Fredrick Muller LTD., London, 1972, p. 85.

العصور المختلفة لابراء الانسان من الامراض أو الاضرار بالصحة . وهذا ما عرف فى التراث بالسحر الابيض والسحر الاسود . فقد استخدم السحر الابيض لانزال المطر وقت الجفاف أو لتحقيق وفرة المحصول أو زيادة عدد مرات الانجاب أو الشفاء من مرض عضال ، كما استخدم السحر الاسود لجلب المرض او الوفاة (١٨) .

وقد عرف الشعب المصرى منذ أقدم عصوره بأنه شعب تملأ ثقافته المعتقدات ، ومن بينها المعتقدات المتعلقة بالصحة والمرض . وعرف أيضا بأن لديه من الممارسات الشعبية الكثير لجلب الصحة واتقاء شر المرض . وبعض هذه الممارسات مجد وبعضها الاخر غير مجد . وعلى سبيل المثال فقد اعتقد قدماء المصريين أن الختان هو نوع من الوقاية من البلهارسيا . كما اتبعوا أسلوبا للوقاية هو عملية تحريم تلويث المياه . فقد ذكر فى كتاب الموتى أن الميت يجب أن يبرىء نفسه فى اعترافه بأنه لم يلوث المياه أيا كانت ، فنقول فى يوم الحساب « إنا لم ألوث ماء » وتعتبر هذه العبارة القصيرة هى قانون الوقاية من البلهارسيا . ومن المعروف أن معتقدات وممارسات الطب الشعبى موجودة ومتعلقة لدى قطاعات الشعب المصرى بدرجات متفاوتة . ونحن فى حاجة الى دراسات يقوم بها المتخصصون فى هذا الفرع من الانثروبولوجيا للتعرف على الاساليب المتبعة والمعتقدات السائدة لكى يتسنى الحكم عليها بمعايير الفائدة أو الضرر أو عدم الجدوى . ونحن فى حاجة ايضا الى دراسات من علاقة الطب الشعبى بالطب الرسمى فى مختلف قطاعات المجتمع ، فى الريف ، وفى المدن بأحيائها الحضرية والمتخلفة ، وفى القطاعات البدوية . ونحتاج الى ان نعرف الارض المشتركة وجوانب الصراع ، وامكان الافادة من المعالجين الشعبيين فى بعض المجالات . كما نحتاج الى ان نعرف أيضا لماذا يحتمل الناس الالم ويظلون يعتقدون فى المعالج الشعبى على الرغم من عدم ظهور جدوى للعلاج فى بعض الامراض . هل لان الطب الشعبى أرخص واكثر أمنا ويستخدم وسائل وأساليب ملائمة للبيئة ؟ أو لان الطب الرسمى لم يستطع ان يقدم نفسه كمجال لخدمة الناس فى هذه البيئات بحيث يهتم بصحتهم ويراعى تقاليدهم ؟ أو الاثنين معا ؟ وهل أصبح الطب الرسمى عنصرا ضاغطا على مصادر الرزق بالنسبة للاطباء الشعبيين فى المناطق التى نجحت فيها للخدمات الصحية ؟ وما هى نتائج ذلك ؟ كل هذه التساؤلات وتساؤلات اخرى كثيرة ينتظر ان يجيب عنها

---

(18) John Beattie, *Other Cultures*, Routledge and Kegan Paul LTD., London, 1964, p. 213.

المهتمون بهذا الميدان ، وهذا سيؤدى الى تقدم العلم وخدمة البشر فى نفس الوقت . وقد أشرت فى جزء سابق الى أن هذا الميدان هو الميدان الذى اهتم به المشتغلون بالانثروبولوجيا فى مصر (١٩) .

الثقافة والامراض المتوطنة (٢٠) :

الامراض المتوطنة والمعدية هى ظواهر صحية ذات طابع اجتماعى ، وذلك بسبب انتشارها فى وسط جماعات بشرية بحيث تصبح ظاهرة مرتبطة بجماعة ما ولو لفترة زمنية معينة ، وبسبب أن الجماعة التى ينتشر لديهـا مرض من هذه الامراض تتكون لديها اتجاهات جماعية نحو المرض ، وتتبع أساليب سلوكية يتعارف عليها داخل المجتمع بحيث تصبح جزءاً من الثقافة. كذلك فان انتشار المرض وتوطنه يؤثر ويتأثر بالبنـاء الاجتماعى القـائم . فالمستوى الاقتصـادى للمجتمع ، وحظ الافراد من التعليم ، يرتبط بشـدة بعملية التعرض للاصابة بالمرض ، وبفاعلية عملية العلاج أو المقـاومة من أجل الوقاية . وعلى سبيل المثال :

١ — تتطلب خطط المقـاومة امكانيات مـادية غير متوفـرة فى بعض المجتمعات .

٢ — تتطلب المقاومة أن تشعر الجهات الادارية — متمثلة فى الشخصيات والاجهزة العليا المسئولة عن الجانب الصحى فى المجتمع — بحجم المشكلة وتدرك خطورتها وتحرص على مقاومتها .

٣ — أن جوانب التصور التى يمكن أن نجدها فى النظام الصحى يمكن أن تكون مرتبطة بالمشكلات المجتمعية الاكبر ، وأحيانا تكون انعكاسا للتصور الموجود فى المجتمع ككل .

ولهذا فاذا كان التخلص من الامراض المتوطنة أو المعدية يتطلب عملا

---

(١٩) د. نبيل صبحى حنا ، الانثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر ، مرجع سابق ، ص ص ٧٣ ، ٧٤ .

(٢٠) استعان المؤلف فى هذا الجزء ببعض الافكار التى وردت فى الكلمة التى ألقاها قبل ذلك فى الحلقة النقاشية حول الامراض المتوطنة التى عقدت بمعهد التخطيط القومى فى يونيو سنة ١٩٨٠ والتى نشر ملخصا لها فى تقريره الذى نشره عن هذه الحلقة فى العدد الاول من الكتاب السنوى لعلم الاجتماع.

طبيا بصفة اساسية ، فان غياب البعد الاجتماعى الثقافى سوف يضع قيودا على النتائج التى يمكن ان نصل اليها فيما يتعلق بالقضاء على هذه الامراض. وسوف توضح المناقشة التى نقدمها هنا تلك الجهود الاجتماعية المطلوبة فى مكافحة الامراض المتوطنة والمعدية ، كما سيوضح ايضا مدى ارتباط انتشار هذه الامراض او الوقاية منها او علاجها بعوامل اجتماعية وثقافية .

واهم عناصر الثقافة التى ترتبط بالامراض المتوطنة فى مجتمعنا ما يأتى :

١ — العـــــادات :

١ — العـادات : لا شك ان هنك ارتباطا قويا بين عادات منتشرة فى ريفنا المصرى مثل الاستحمام فى الترع ونزول الانســـان المصـارف والترع وقنوات الرى واماكن المياه الراكدة وهو حافى القدمين وبين الاصابة بمرض البلهارسيا . كما ان التعود على القيـام بعمليات غسيل الملابس والاوانى والخضروات فى مياه الترع بالقرب منه ، واحيانا فى نفس الاماكن التى يستحم ويتبول ويتبرز فيها الانسان والحيوان تؤدى ايضا الى الاصابة بالامراض . ولكى نمنع الاصابة بالمرض فى هذه الحالة نحتاج الى تغيير فى العادات تماما مثلما نحتاج الى تغييرات فى مستوى الامكانيات المتاحة فى البيئة . فلا يجب أن نتصور بسطحية أن حل مشكلة الاصابة بهذه الامراض يتطلب مجـرد توفير المياه النقية فى المنازل او يتطلب اجراءات دعاية سريعـة . ذلك ان عادة الاستحمام فى الترع هى وسيلة ترويحية عنـد الصبية والشـباب فى الريف ، ويتطلب الامتناع عنها ايجاد وسائل أخرى للترفيه .

وفيما يتعلق بالتعرض للحشرات جالبة هذه الامراض هنـاك عادات تعود عليها الانسان فى بيئة تزيد من نسبة اصابته وتعرضه للمرض . فالتعود على النوم فى العراء وارتداء ملابس قصيرة تؤدى الى احتمـال الاصابة . وتاتى التقـاليد الاجتماعية كعـامل حاسم فى الفصل بين اصـابات الذكور واصابات الاناث فى البيئة الريفية ، فالاناث اقل اصابة من الرجال بهـذه الامراض نتيجة التقاليد التى تمنع الفتاة من الخروج من المنزل بعد سن معين . وتحرمها نهائيا فرصة الاستحمام فى الترع التى تتاح للذكور .

٢ — التقليـد والمحاكاة : كما ترتبط ايضا عادة الاستحمام فى التـرع بفكرة التقليد والمحاكاة فى المجتمع القروى ، فالصغار يقلدون الكبار ويرتبط هذا بالقيم الاجتماعية السائدة فى الريف . وطالما ان الطفل القروى يرى كـل يوم من يكبره سنا يخلع ملابسه وينزل الى الترعة دون قيود . ودون خجل ،

ودون حذر ، لهذا لا يجد هذا الطفل ما يمنعه أن يقلد الكبار . كما أن عـادة غسل الملابس فى الترع لا ترتبط فقط بعدم توفر المياه اللازمة لذلك فى المنزل، بل ترتبط بعوامل أخرى مثل متعة الحديث بين النساء وهن جالسات يغلسن . وترتبط بالرغبة فى الخروج من المنزل وقضاء الوقت بعيدا عن حجرات المنزل الضيقة المعتمة ، بل يمكن أن تكون هذه الفكرة فرصة لتناقل أخبار القرية .

٣ ــ **التفسير الاجتماعي للمرض** : يسـاعد على انتشـار الامراض المتوطنة والمعدية كما يؤثر فى استمرار المرض وتأخر العلاج ظاهرة اجتماعية هى ما نطلق عليها « التفسير الاجتماعى للمرض » . فاذا انتشر فى بيئة معينة أن مرضا من الامراض تسببه الارواح الشريرة فان الناس سوف يلجاون الى أساليب غيبية فى العلاج . ومعنى هذا أن التفسير الاجتماعى للمرض يحجب احيـانا رؤية الاسباب الحقيقية المؤدية الى المرض وبالتالى يعوق عمليـة مقاومته . فى احيان أخرى تنتشر فى البيئة تفسيرات طبيعية للمرض ولكنهـا يمكن أن تكون تفسيرات خاطئة . وعلى سبيل المثال يفسر بعض القرويين الدم الـذى يصاحب بول المريض فى حالة البلهارسيا على أنه عـلامة على البلوغ ولا يفسرونه على أنه اصابة بالبلهارسيا . ومثل هـذه التفسيرات مضللة وتؤدى الى تفاقم المرض اذ طالما أنه فسر الظاهرة (الدم فى البول) على أنها ظاهرة مصاحبة للبلوغ ، فهو يرى انها ظاهرة صحية وبالتـالى لن يكترث أو يعبأ بعرض نفسه على الطبيب ، وبذلك تتفاقم الحالة . وعلى ذلك فنحن فى حاجة للتعرف على تفسير الناس للمرض اذا كنا نريد مقـاومة الامراض بطريقة فعالة . اذ عندما نعرف تفسيرات الناس للمرض سنستطيع أن نوجه أسهما صائبة لتلك التفسيرات التى تقلل من جهود الناس فى مقاومة المرض ، أو تلك التى يكون نتيجتها ان يلجا الناس الى طرق غير مجسدية فى العلاج . والتعرف على تفسير الناس للاشياء أو المفهوم الاجتماعى السائد عن الاشياء والظواهر (ومنها المرض) هى أحـد المهام التى يتدرب عليهـا الدارس فى العلوم الاجتماعية .

طبيعة المجتمع وظروفه وانتشار الأمراض المتوطنة :

هناك عوامل تتصل بالمجتمع تساعد على انتشار الامراض المتوطنة ، منهـا :

١ ــ **طبيعة البيئة والجماعة** : من المعروف أن هنـاك ارتبـاطا بين انتشار المرض وبين طبيعـة البيئة والجماعة التى يعيش فيهـا الانسان . فالامراض التى تنتشر فى مناطق ريفيـة تختلف عن الامراض التى تنتشر فى

الاحياء المتخلفة فى المدن ، وتختلف أيضا من الامراض التى تنتشر فى المدن الصناعية نتيجة عمليات التلوث . وقد اتضح أن بعض الامراض الخطيرة تنقلها بعوضة تعيش فى الابار ، ولما كانت هذه الابار توجد فى المنازل القروية فانه يصبح أمر القضاء نهائيا على الحشرة جالبة المرض أمرا صعبا

٢ — **الحركة والظروف الاجتماعية :** وهناك ارتباطا بين حركة الناس داخل المجتمع وبعض الظروف الاجتماعية الاخرى وبين انتشار المرض . وعلى سبيل المثال تنتشر الامراض المعدية على نطاق واسع بين الجماعات البشرية بفعل ظروف اجتماعية خاصة مثل الحروب والسفر والتبادل فى صوره المختلفة . فقد ابادت الامراض المعدية معظم جيش نابليون الذى غزا روسيا سنة ١٨١٢ ، كما ادى الانتقال بالسفن الى نقل الحمى الصفراوية والكوليرا وشلل الاطفال من افريقيا الى أمريكا . ومن المعروف أن انتقال الطاعون من مكان الى آخر يرتبط بنقل الحبوب . وهذا ما دعى الجماعات البشرية الى استصدار قوانين وقرارات تتعلق بالتحصين ضد هذه الامراض، وانتشار المحاجر الصحية ، ومنع انتقال المصابين من مكان الى آخر .

٣ — **الفقر والامية :** يرتبط انتشار الامراض المتوطنة أيضا بمشكلتى الفقر والامية . ففى مجتمعنا المصرى ترتبط الاصابة ببعض الامراض المتوطنة والمعدية ارتباطا اساسيا بمشكلتى الفقر والامية . واذا كان الفقر ليس عاملا مسببا للمرض ، ولكن ما يرتبط بالفقر من مشكلات ونتائج هو ما يؤدى الى الاصابة بالامراض وتفاقمها كما يؤدى الى تعويق عملية العلاج أيضا . أما الامية فهى سبب مباشر فى كثير من الحالات . وعلى سبيل المثال ترتبط كثير من مشكلات سوء التغذية بالفقر والامية معا . ويؤدى الفقر وعدم توفر الامكانيات اللازمة لعزل المريض المصاب بمرض معد فى مكان خاص بالمنزل أو تخصيص أدوات معينة له يستخدمها دون غيره فى فترة المرض — الى انتشار العدوى . وتنتشر الامراض أيضا فى المجتمعات والبيئات بسبب الفقر والمشكلات الاقتصادية التى يعانى منها المجتمع ككل . فالامراض التى تنتشر فى الاحياء الفقيرة والمتخلفة وتنتج عن طفح المجارى وتجمعات القمامة بجوار المنازل ترتبط كلها ارتباطا شديدا بمشكلات اجتماعية أساسها ضعف الامكانيات وسوء الاحوال الاقتصادية والتنظيمية وما الى ذلك . ونحن نحتاج دائما فى مواجهتنا للامراض المرتبطة بالظروف الاجتماعية والتنظيمية أن نضع فى اعتبارنا المتغير الاقتصادى والمستوى المعيشى والامكانيات الخاصة بالناس ، ثم الوسائل المتاحة فى البيئة .

ولا يتوقف ارتباط المرض بالفقر ، على إن الفقر هو أحد المسببات — المباشرة أو غير المباشرة للمرض — بل أن المرض نفسه يمكن أن يؤدى

الى الفقر ، فقر الفرد ، وفقر المجتمع على السواء ، وبهذا يرتبط انتشار المرض بمشكلة اجتماعية بحتة هى المشكلة الاقتصادية . وعلى سبيل المثال تؤدى الاصابة بالبلهارسيا الى فاقد فى الجهد البدنى للفرد ، وهذا يقلل من قدرته على العمل ، خاصة الاعمال التى تحتاج الى جهد عضلى . واذا قل المجهود الذى يقوم به الشخص أو نقصت عدد ساعات عمله فان ذلك يقلل من انتاجية الفرد وبالتالى سينخفض دخله ، بل انه فى حالة تطور المرض الى سرطان المثانة فان انتاجية الفرد يمكن أن تتوقف تماما ، وهذا يجره الى دائرة الفقر كفرد ولا يخفى ما يترتب على ذلك من متاعب يواجهها هو وأسرته. أما من جهة التأثير على المجتمع فاذا زادت نسبة الاصابة بالبلهارسيا فى مجتمع ريفى معين فان انتاجية هذا المجتمع سوف تنقص ، وهذا يجر المجتمع أيضا الى مشكلات اقتصادية .

مقاومة الامراض المتوطنة :

اتضح لنا من الجزء السابق مدى تداخل العوامل الاجتماعية والثقافية فى انتشار الامراض المتوطنة والمعدية . وهذا يؤدى بنا الى نتيجة أخرى وهى أن مقاومة الامراض المتوطنة لابد أن تتضمن وعيا بهذه العوامل ثم تتطلب أن تتضمن خطة المقاومة محاولة لتغيير النواحى السلوكية والثقافية التى تساعد على انتشار المرض . وسوف نناقش هنا بعض الامثلة التى توضح لنا كيف نهتم بالجوانب الاجتماعية فى الحملات الصحية لمقاومة الامراض المتوطنة .

١ — أهمية التأثير فى الخلفية المعرفية للناس :

يتأثر اقدام الناس على علاج هذه الامراض أيضا بالخلفية المعرفية لديهم . فكما أن ادراك الناس للظواهر فى العالم الطبيعى تتأثر بقدرات حواسه وبمدى سلامة الاجهزة التى تساعده على ادراك العالم الخارجى . كذلك فان ادراك الانسان للمشكلات التى تحيط به أو الخطر الذى يهدده يتأثر أيضا بمستواه الاجتماعى وخلفيته المعرفية أى بفكرته عن هذا الخطر . وهذا يتأثر بما يتداوله فى المجتمع عن حجم هذا الخطر . وعلى هذا فان اقدام الناس على مواجهة مشكلاتهم الصحية تتأثر بفكرتهم عن المرض نفسه . وعلى سبيل المثال اذا عاش انسان فى مجتمع انتشرت فيه الاصابة بالبلهارسيا . ولكن هذا الانسان لم يجد الناس حريصين على مقاومتها أو على اتباع الطرق التى تكفل الوقاية منها بسبب انهم لا ينظرون الى المرض على أنه مشكلة

تهدد بخطر شديد ، فان ذلك سوف ينعكس على سلوك الفرد فستجده يسلك سلوكهم بسبب أن معرفتـــه عن المرض والاخطـــار التى يسببها لم تكن من نوعية تدفعه الى مزيد من المقاومة . ولكى تثير فى الشخص دافعا قويا يتطلب الامر تغييرا فى المستوى المعرفى للفرد . فيتطلب تعـــديلا فى المعلومات التى يعرفها عن المرض وخطورته . فاذا عرف الفرد أن هناك ارتباطا بين الاصابة بالبلهارسيا والاصابة بسرطان المثانة ، واذا عرف أن بعضا من ذويه يمكن أن يكونوا قد ماتوا بسبب مضاعفات المرض وبسبب الاهمال فى العلاج فان سلوكه تجاه المرض سوف يتغير فيحرص على الوقاية منه أو يسارع الى العلاج اذا اصيب به .

٢ — اهمية تغيير عادات واتجـــاهات الانســـان نحو الاشـــياء والكائنات المرتبطة بالمرض :

تهتم العلوم الاجتماعية بعـــلاقة الانسان بالبيئة والكائنات الموجودة . وتهتم بفكرة الاتجاهات الانسان وسلوكه تجاه الحشرات جالبة الامراض ، ذلك ان اتجـــاه الانسان وسلوكه نحوها يتأثر بخبراته التي تحـــدد له مدى نفع وضرر كل منهما ، وبالتراث المعرفى الذى يرثه من المجتمع الذى يعيش فيه . ونحن اذا نظرنا حولنا فى البيئات المحيطة فاننا نجد أن سلوك الانسان تجاه الحشرات يتفاوت من مجرد المقاومة الضعيفة التى تعطى للحشرة فرصـــة الحياة والنمو والتكاثر الى المقاومة الشديدة التى تهدف الى القضـــاء على الحشرة . بجانب هذا فان الانسان قد يتعود على طرق معينة للمقاومة ولا يفكر فى تغييرها . واذا كانت هذه الطرق غير مجدية ولا تحقق القضاء على الحشرة فان الامراض سوف تنتشر . وفى هذه الحالة يتطلب الامر تغييرا فى طرق مقاومة الحشرة نفسها واكساب الناس أساليب سلوكية جديدة تكون أكثر نفعا يتعودون عليها . وعلى ذلك فان مقاومة الذباب الذى يتسبب فى نقل الجراثيم التيفودية والدوسنتاريا والرمـــد الحبيبى وغيرها . ومقـــاومة البعوض الذى ينقل المـــلاريا والحمى الصفراء ومرض الفيـــل . ومقـــاومة البراغيث التى تؤدى الى نقل الطاعون ونوع من التيفوس والحمى الراجعة ، يتطلب عملا طبيـــا واجتماعيا فى نفس الوقت فالامراض التى ينقلهـــا الذباب تتطلب معرفة مفاهيم الناس عن الذباب وأخطاره ، فهل هم ينظرون اليه على أنه مجرد حشرة تضايقهم اثناء الحديث ، أو أثناء تناول الطعام ولهذا يكتفون بمجرد طرده (عملية النش) أم ينظرون الى الحشرة على أنها يمكن أن تجلب مرضا فتاكا يودى بحياة الانسان ؟ ان الامر يحتاج الى :

١ — التأثير فى المستوى المعرفى للناس فيجب تعريفهم بمخاطر الذباب وتمكينهم من وسائل مقاومته .

٢ — ادخال عادات جديدة بتعود عليها الانسان للاحتراس من تعريض مأكولاته او جسمه لهذه الحشرة .

٣ — غرس عادات النظافة الشخصية فى الاطفال منذ الصغر بدل أن يظل الطفل يلعب وحول عينيه جيش من الذباب .

واذا لم يتم الاهتمام بالجانب المعرفى والجانب السلوكى فسوف نظل نعالج حالات مصابة دون أن نقضى على الاصل المسبب للمرض . فنظرا لان بعض الناس لا يتصورون أن البراغيث او القمل يمكن أن يؤدى الى متاعب خطيرة بالنسبة للانسان فان الامر يتطلب — بجانب استخدام الوسائل الطبية والكيميائية — تغييرا فى العادات المرتبطة بالنظافة الشخصية بحيث نتجنب الاهمال ، ويتطلب الامر ايضا البت فى جدوى الطرق والاساليب التى يستخدمها النـــاس للمقاومة ، فالبعض يقاومون القمل بصب الجـــاز على فروة الرأس وتعريض الراس للشمس . وهذا السلوك لا تقوم به الام عادة كاجراء للمقاومة الا عندما ترى طفلها او طفلتهـــا تحك رأسـها . ولذلك فان اجراء النظـــافة — حسب مستويات المجتمع — يعتبر اجراء اضطراريا يتم فى أوقات متباعدة ، ولهذا لا تصبح النظافة عادة يومية . لهـــذا نحتاج ونحن نفكر فى مقـــاومة الامراض التى تسببها هذه الحشرات أن نبحث فى كيفية رفع مستوى المقاومة ، وان نوضح للناس ما هو مفيد من الطرق التى يتبعونها وما هو ضار ، وأن نبتكر وسائل جديدة فعالة نقدمها لهم بأسلوب مناسب وبســـعر مناسب . وأن ندرب الناس حتى تصبح النظافة الشخصية اليومية هدفا فى حد ذاته وليس وسيلة للظهور بمظهر النظافة — تجنبا للحرج — أمام الناس .

٣ — لابد أن تتضمن حملات الدعاية الصحية اهتماما بالجوانب الاجتمـــاعية والثقـــافية :

لا شك أن مقاومة الامراض المتوطنة والمعدية ترتبط بالحملات الصحية . وطالما انتهينا الى أن العوامل الاجتماعية والثقـــافية تلعب دورا فى الاصابة بالمرض وانتشاره ، فمن الضرورى أن تتضمن الحملات الصحية ما يتعـــلق بالجوانب الاجتماعية والثقافية . بالاضافة الى ذلك فان هناك طرقا أكثـــر ملاءمة للدعاية الصـــحية من غيرها . ونحن سوف نستطيع اختيـــار الطرق الملائمة اذا كنا اكثر وعيا بالخلفية الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمجتمع . بل أن الدعاية لطرق العلاج تتطلب نفس درجة الوعى . فيتطلب مثـــلا نشر دواء جديد أن نتبع طرق الدعاية المناسبة لكى نقرر بعد ذلك اذا ما كـــان الدواء سيباع للناس بثمنه الاساسى أم سينخفض أم سيقدم مجانا . ويتطلب الامر بعـــد ذلك اختيار أنسب الوسائل لتعليم النـــاس الطـــرق الصحيحة لاستخدام الدواء .

البـــاب الخامس

دراســـات وبحـــوث ميدانيـــــة

الفصل الحادى عشر

الادمـــــان

يحاول هذا الفصل وضع الابعـــاد الاجتماعية لظـــاهرة الادمان تحت مجهر للتعرف على دورها وأهميتها فى التشخيص والوقاية والعلاج . ويرجع اهمية ذلك الى أن الادمان ظاهرة تحدث فى وسط اجتماعى ، وتكمن أسبابها فى هذا الوسط . وعندما نحاول العلاج فاننا نحتاج فى كثير من الاحيان الى أحداث تغييرات فى العوامل الاجتماعية الفاعلة فى الادمان . كذلك فان الوقاية هى أيضا عمل اجتماعى ثقافى يتم داخل المجتمع ، وتؤثر نتائج الادمان على المجتمع .

ومن الطبيعى أن هناك مداخل عديدة لتناول هذا الموضوع المتسع . وقد أخترنا المدخل الذى يتناسب مع طبيعة البعـــد الاجتماعى . واذا كنا ركزنا فى بعض الاحيان على الفرد والمادة الادمانية فقد حرصنا أن نشير الى تأثير العوامل الاجتماعية على كل بعد منهما .

وقد تم جمع المادة العلمية لهذا الفصل من المصادر الموضحة فى حواشى الصفحات . كذلك فان الملاحظات الميدانية التى قام بهـــا المؤلف للاوســـاط الاجتماعية للمدمنين قد شكلت جزءا من المادة الواردة هنا .

وتتضمن الورقة مناقشة لثلاثة نقاط أساسية :

أولا : الابعاد الاجتماعية فى التعرف على أسباب الادمان .

ثانيا : الابعاد الاجتماعية فى الوقاية والعلاج .

أولا

الابعاد الاجتماعية فى التعرف على أسباب الادمان

« التشخيص »

يعتبر تشخيص عملية الادمان أول خطوة تجاه العلاج وتجاه اتخاذ اية خطوات وقائية الامر الذى يعتبر الغاية القصوى التى نهدف اليها من وراء اجـراء أية دراسات أو عقـد اية مؤتمرات خاصة بالادمـان . **ويتضمن التشخيص معرفة الاسباب والعوامل المصاحبة لعملية الادمان** . سواء كانت أسباب وعوامل سابقة على وجود الموقف الادمانى ودافعـة اليه (أسباب ودوافع) أو كانت أسباب وعوامل مصاحبة تستمر مع وجود السلوك الادمانى وتشجع عليه أو تكون عوامل مشجعة على استمرار وتعميق هذا السلوك . أو تمثل وعاءا يتم فيه السلوك .

وعلى الرغم من أن هناك مداخل مختلفة — كما سبق وذكرنا — لدراسة الموضوع بصفة عامة — وتفسير الاسباب بصفة خاصة — فاننا اخترنا أحد المداخل للتعرف على كيفية اتمام التشخيص . وهو النظر الى الموقف الادمانى على أنه مكون من ثلاثة عناصر هى : **المادة** المخدرة أو المنبهة ، **والفرد** المدمن ثم **الوسط الاجتماعى والثقافى** الذى يوجد فيه الفرد . ويتطلب الفهم الصحيح لعملية الادمان أخذ هذه الابعاد الثلاثة فى الاعتبار . اما الاتجـاه الذى يركز فقط على جانب من الجوانب الثلاثة فسوف يفشل لا محالة . ويعتبر كل عنصر من هذه العناصر الثلاثة عنصرا معقدا ، وسوف يعتمد كفاءة بحثه والاهتمـام به على الشخص الذى سيسهم فى حل المشكلة نفسه بحيث أن خبرته بهـذا العنصر بجانب اطاره المعرفى ومجال تخصصه هى العوامل التى ستحدد وتؤثر فى امكانية وتوقفه على مختلف التفاصيل الضرورية المتعلقة بالعنصر .

فنحن فى حاجة الى التعرف على نوعية المادة المؤثرة وطبيعة تأثيرها فى الفرد وأن نفرق فى ذلك بين المواد التى تعتبر خطيرة ، وهى عادة ما تجمع كلها تحت اسم « مخدرات » Narcotic . أما من جهة الفرد فلا يمكن أن ينجح تفسير لسلوكه الادمانى أو ينجح فعل علاجى ما لم يستطع أن يتعرف على هذا **التعقيـد الذى يميز الشخصية والسلوك** . أما **الواقع الاجتمـاعى والثقافى** فهو شديد التعقد ولهذا لابد من أن نجد من يستطيع تحديد العوامل الاجتماعية والثقافية المرتبطة بكل نوعية من الادمان .

المـادة المخـــدرة :

ويعرف علميا المخدر بأنه مادة كيميائية تسبب النعــاس أو النــوم أو غياب الوعى المصحوب بتسكين الالم . وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic وهى مشتقة من الكلمة الاغريقيــه Narcosis التي تعني يخدر أو يجعــل الشيء مخدرا . لهذا لا يميل البعض الى اطلاق كلمة مخدر على المنشطات أو عقاقير الهلوسة (١) . أما المنشطات فهى عقاقير تسبب النشاط الزائد وكثرة الحركة وعدم الشعور بالتعب والجوع ، وتسبب الارق وهى موجودة على شــكل أقراص أو حقن (٢) . ونحن نهتـم بالنــوعين (المخـــدرات والمنشطات) اذ أن الادمان يمكن أن يتم بالنســبة للنوعين . ويجب علينــا دائما أن نحرص على التفرقة بين النوعين بسبب أن الدوافع الاجتماعية التى تدفع الى تعاطى المخدرات (التى تحدث اثرا منوما أو مهــدئا أو تؤدى الى الغياب عن الوعى) يمكن أن تختلف عن الاســباب الدافعة الى تعـــاطى المنشطات . فتعاطى المخدرات يمكن أن يؤدى الى البعد عن الواقع وتسكين الآلام النفسية أو الجسدية أو الاثنين معا ، أما الدافع الى تعاطى المنشطات فهو مزيد من الارتباط بالواقع الاجتماعى والوعى به كما أنه يمــكن أن يكون يكون مزيدا من الحرص على الانتاجية . لهذا فان التفريق بين مخدر ومنشط يوجهنا توجيها صحيحا فى بحثنا عن طبيعة الاسباب التى تؤدى الى الادمان .

الشخص المدمن وســلوكه :

لا يمكن أن نستطيع مقاومة الادمان دون النظر الى الفرد المدمن كشخص أو انسان بما يتضمنه ذلك من ادراك لاهميــة احترام كرامته ومراعاة سنه وفترة نموه وما الى ذلك . وفى هذه الحالة لا يكون التركيز منصبا على السلوك الادمانى بل منصبا على الفرد ككل . ولهذا فان برامج عديدة لمكافحة الادمان لم تركز على العقاقير أو عملية الادمان فى حد ذاتها بل حاولت أن تهتم — خاصة فى مرحلة الشباب المبكر — أن تعالج مشكلات الشخص وتساعده على تكوين الشخصية الناضجة ، وأن تنمى فيه القدرة على اصدار حــكم على الاشياء والسلوك لكى يستطيع أن يتخذ القرار بنفسه واذا كان من يهتمون بالمدخل الطبى والقانونى لا يرون فى هذه الطريقة وسيلة سريعة ومباشرة للعلاج ،

---

(١) د. عادل الدمرداش ، الادمان مظاهره وعــلاجه ، عالم المعرفة (٥٦) ، الكويت ، أغسطس سنة ١٩٨٢ ، ص ص ٩ ، ١٠ ، ١٢ .

ولكن اثبتت الدراسات أن هذا الاتجاه لا يؤدى فقط الى علاج المدمن الشاب بل انه يسهم أيضا فى حل المشكلات الاجتماعية . فهم يهتمون بمقاومة الادمان من خلال النظر الى الشخص ككل والى اطار احتياجاته ومستوى نموه وعاداته فى مواجهة مشكلاته (٢) .

عندما ننظر الى استخدام المخدر كسلوك انسانى ، فاننا يمكن أن ندرس متسلحين بالمفاهيم العامة والنظريات الاساسية التى تفسر السلوك الانسانى بصفة عامة . ومن الطبيعى أن تمدنا العلوم الاجتماعية والسلوكية بمثل هذا النوع من المعرفة . وتمدنا هذه العلوم ببعض الحقائق والاساسيات التى تعيننا على فهم سلوك الادمان ومحاولة علاجه . وأهمها :

١ — أن السلوك الادمانى يختلف من فرد الى فرد ، ويختلف لدى نفس الفرد من وقت الى آخر . وتختلف درجة الادمان وسلوك المدمنين من مجتمع الى آخر ومن ثقافة الى أخرى ، بل تختلف أيضا من جيل الى آخر . ذلك أن كل فرد يمكن أن يتعاطى نوع من المخدر يختلف عن غيره من الناس ممن يمارسون التعاطى ، كما يتعاطى كمية مختلفة عن غيره وتدفعه الى التعاطى عوامل أحيانا لا تكون متشابهة تماما مع تلك العوامل التى تدفع غيره الى الادمان . كما تختلف ايضا النتائج التى يؤدى اليها الادمان ، ويرجع هذا الاختلاف الى تباين البيئات الاجتماعية والظروف الثقافية التى توجد بها كل جماعة . ولهذا فان علاج الادمان لا يتم عن طريق حل واحد مبسط . فكل مشكلة من مشكلات الادمان تحتاج الى تحليل خاص للظروف الدافعة الى الادمان والظروف المحيطة والمصاحبة للادمان ايضا . ويستطيع بعد ذلك القائم بالعلاج أن يحدد أى نوع من التغيرات يريد أن يحدثها ، وبالتالى أى الطرق والاستراتيجيات يجب أن يتبعها . وسوف تشير معالجتنا لموضوع الوعاء الاجتماعى الثقافى للموقف الادمانى الى هذا التنوع الكبير من العوامل الاجتماعية والثقافية التى تجعل من كل فرد مدمن حالة نوعية خاصة ، وتميز كل موقف ادمانى لسمات خاصة ايضا .

٢ — لا توجد علاقة مباشرة بين السبب والنتيجة . ذلك أن أنماط تعاطى المخدرات مثلها مثل أى انماط اخرى **تتأثر بعوامل عديدة** مثل الاسرة والمدرسة والكنيسة والمجتمع المحلى وجماعة الاصدقاء أو الرفقاء ، وتتأثر بعوامل الاتصال أيضا . ولهذا فان محاولات الوقاية من الادمان والبرامج

---

(2) Helen Nowlis., Drugs Demystified, The Unesco Press., Paris 1975., pp. 42-43.

التى تعد من اجل التغلب على حــدوثه لابد ان تتعاون مع هــذه الجهات او المصــادر لكى ما يكون تأثيرها فعالا . فلا يستطيع انســان بمفرده او جهــة من هذه الجهات بمفردها ان تقدم الحل . وسوف نستطيع ان نقرر ان **الاهمية النسبية لاى عامل** (أو جماعة) من العوامل او الجماعات السابقة فى **مقاومة الادمان يتوقف على الدور الذى يلعبه بالنسبة لعملية الادمان** ، والدور الذى يلعبه فى حياة المدمن بحيث اذا كانت الاسرة سببا فى الادمان فان العمل على اصــلاح الاسرة وعلاج مشكلاتها يبدو أمرا ضروريا . كذلك اذا كانت الاسرة ليست سببا فى الادمان لكنها تحتل اهمية بالنسبة للفرد وتؤثر فيه فان الاسرة يجب أن توجه ويستعان بها فى التاثير على الفرد .

٣ ــ **يحدث السلوك دائما فى اطــار اجتماعى ثقافى** . وعادة ما يعطى هذا الاطار الاجتماعى الثقافى للسلوك معناه . ولذلك فان تعريف **المجتمع ورد فعله** غالبا ما يكون اكثر أهمية فى تحــديد المشــكلات التى ترتبط بتعــاطى المخدرات اكثر مما تحددها عملية التعاطى نفسها . ولهذا فان التخطيط لاى برنامج سيتدخل فى عملية الحد من الادمان أو العلاج او التاهيل يجب أن يهتم بهذا الاطار الاجتماعى والدور الذى يلعبه .

٤ ــ **تلعب معتقدات الانسان وطرق ادراكه للمخدر دورا اساسيا فى عملية الادمان وفى الاقدام عليها** سواء كانت هذه المعتقدات حقيقية أو خيالية وسواء قبلها الاخرين أو لم يتقبلوها . فالشخص الذى يعتقد أن تناوله لاى عقار يمكن ان **يزيد من قدرته على الابداع** يصعب ان نمنعه من ذلك بمجرد أن نثبت له ان التعاطى لا يؤدى الى هذه النتيجة . وينتشر فى بعض البيئــات ولدى بعض الافراد الاعتقاد فى أن تعاطى بعض المخدرات يؤدى الى زيادة **المقدرة الجنسية** وبالتالى يكون هذا المعتقد مؤثرا فى مزيد من الاقــدام على تناول المخدر حتى وان كان مفعوله لا يرتبط بهذا الجانب . وربما تلعب عملية الايحاء دورا هاما فى الربط بين المعتقد السائد وبين تناول المخدر .

٥ ــ **لابد أن يؤدى أى سلوك وظيفة فيمــا يتعلق باشــباع حاجات جسمية أو نفسية أو اجتماعية** . والا يميل هذا السلوك الى الاختفاء . ولهذا فعندما يستمر سلوك المدمن فلابد أن يؤدى وظيفة ويشبع حاجة أو اكثر من الحاجات الانسانية . وسوف يتوقف الادمان عندما تختفى هذه الحاجات او عندما يتم اشباعها بطرق أخرى . ويتم الاشباع بطرق أخــرى عن طريق عملية الاحلال بحيث نحاول استبدال مادة التعاطى بشىء آخر أو ممارسة اخرى تحل محل السلوك الادمانى الذى يكون الشخص قد اعتــاد عليه . ويحدث ذلك على وجه الخصوص بالنسبة لمدمنى تدخين السجائر . ويلاحظ ان المادة التى تحل محل مادة التعاطى لا يجب أن تكون مادة يمكن أن يدمنها

الشخص والا نكون قد خلقنا مشكلة جديدة . وعادة مـــا نحرص على عملية الاحلال والبديل فى بداية علاج الادمان حينما يكون من الصعب التغلب على العادات الفردية التى رسخت لدى الشخص عن طريق الامتناع المتسام مرة واحدة .

ويجب أن ندرك أن الادمان لا يشبع حاجات جسمية وبيولوجية فقط بل يمكن أن يشـــبع حاجات نفسية وشخصية أيضـــا . مثل اشـــباع الميـــول الاستعراضية واشباع الميل الى الزهو لدى مدمنى الخمر ، وتحقيق الهروب من الواقع كأسلوب انسحابى لحل المشكلات لدى كثير من المتعاطين ، وفى هذه الحالة يكون حل المشكلات واشباع الحاجات النفسية وسيلة أساسية للتغلب على عملية التعاطى .

٦ — لا تؤدى المعلومات بالضرورة الى تغيير السلوك أو تعديله ، فلابد أن ترتبط المعلومات التى نقدمها عن الادمان (وهو التأثير فى الاطار المعرفى للفرد أو الجماعة) بالمعتقدات والاتجاهات والقيم وانماط الحياة والالتزامات الاساسية للفرد . ولذلك فان المعلومات التى نقدمها عن التعـــاطى أو عن سلوك التعاطى وتأثيره يعتبر أمرا هـــاما كعنصر أساسى فى اتخاذ القرار . ولكن تقديم المعرفة والمعلومات وحـــدها من شـــخص يوجه والاخر يستقبل لا تعتبر ذات قيمة كبيرة ذلك أن الانسان يميل دائمـــا الى التأثر والاخذ بمـــا يرتبط بمعتقداته وينسى ويهمل سلوكه . وهـــذا ينطبق على هـــؤلاء الذين يتعاطون المخـــدرات وعلى من يسعون الى احـــداث تغييرات فى تعـــاطى المخدرات أيضا (٣) .

ونود أن نشير فى نهاية الحديث عن الشخص المدمن أنه ليس بلازم أن يكون الفرد المدمن شخصا مريضا من الناحية النفسية . وقد أثبتت دراسات عديدة أن سمات شخصية الافـــراد المدمنين أحيـــانا لا تختلف عن ســـمات شخصيات غيرهم من غير المدمنين . بحيث لا يمكن تصنيف شخصية المدمن أو السكير على أنها شخصية سيكوباتية . فان أى فرد قـــد يبدأ فى تعاطى مواد مخدرة عرضا كنتيجة لباعث فضولى أو مسايرة لعادة شعبية فى بعض الثقافات ، واما جهلا منه بأنه يستخدم مواد مخدرة الامر الذى يحدث بالنسبة للوصفات الطبية وأدوية أمراض الهضم ، ويبدأ هذا الشخص بعد فتـــرة يشعر بالضيق والكآبة اذا ما بعد عنه المخدر . ثم يتنبه بعد ذلك الى العلاقة

---

(3) Helen Nowlis., Op Cit., pp. 41-42.

بين الكآبة وبين المواد المخدرة ، وبهذا يصبح مدمنا بصرف النظر عن نمط شخصيته (٤) .

الوسط الاجتماعي الثقافي لعملية الادمان :

تقصد بالوسط الاجتماعي الثقافي لعملية الادمان مستويين سوف يتضح كل منهما بجلاء في مناقشتنا في هذا الجزء . المستوى الاول هو **مستوى المجتمع الكبير** اى مجتمع الدولة الذى عادة ما يصدر قوانينه ويحدد موقفه من عمليات الادمان ويحوى ثقافة ترتبط من قريب أو من بعيد بهذه العملية . أما المستوى الثاني فهو **النطاق المحلي الاضيق** مثل البيئة أو الحي الذى ينشأ فيه الفرد أو الجماعة الدينية او الطبقية التى ينتمى اليها ويدخل ضمن هذا المستوى الاسرة التى ينشأ فيها الفرد أو يكونها وجماعة الرفاق الصغيرة التى ينتمى اليها . ويفضل أن **نقسم هذا المستوى الثاني الى نوعين** من الجماعات مثل الجماعة الطبقية أو الدينية أو المهنية أو السلالية التى ينتمى إليها الفرد ثم المحيط الاجتماعي الاضيق وهو الاسرة وجماعة الرفاق ... الخ . ويمكن ان يتضح لنا بجلاء ارتباط هذه الاوساط الاجتماعية بالادمان وامكانية وجود تفسير يوضح السبب الاجتماعي الثقافي للادمان من خلال مناقشتنا للنقاط الاتية :

أ — اختلاف ظاهرة الادمان من مجتمع الى آخر :

تختلف الظاهرة من مجتمع الى آخر . وعلى الرغم من أن ظاهرة التعاطى ظاهرة عالمية الا أن ظروف وشكل تواجدها في مجتمع ما يختلف عن شكل وظروف تواجدها في مجتمع آخر . وعلى سبيل المثال فان ظاهرة تعاطي الحشيش في مصر تتسم بما يمكن أن يطلق عليه « **الازمان** » Chronicity . ففى مصر يوجد متعاطين مضى على استمرار تعاطيهم لهذا المخدر عشرون عاما **أو أكثر** أما في المجتمعات الغربية فان العمر الاجتماعي للظاهرة لا يمتد خلفا الى أبعد من منتصف الستينيات . وبالتالى فان تكوين الظاهرة لدينا يختلف عن تكوين الظاهرة لديهم . كذلك فان الفئات التى أدمنت الحشيش في مصر

---

(٤) ادوين سندرلاند ، دونالد كريسى ، مبادىء علم الاجرام - ترجمة ومراجعة اللواء محمود السباعى ، الدكتور حسن صادق المرصفاوى . مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة سنة ١٩٦٨ ، ص ص ١٦٦ ، ١٦٧ .

تختلف عن الفئات التى ادمنته فى دول غربية . معنى هذا أن وبائيات الادمان تختلف من مجتمع الى آخر (٥) . ومعنى هـذا أن العوامل المجتمعيـة التى تكمن فى المجتمع الكبير وتؤدى الى تسهيل أو تعويق الادمـان تتباين بتباين المجمعات . وينتج عن ذلك أن محاولة التعرف على الاسباب والوصول الى تفسير صحيح يتطلب التعرف على الظروف المجتمعية .

٢ — تنوع أساليب الادمان ومواده بتنوع البيئة الطبيعية والاجتماعية :

تؤثر البيئة الطبيعية التى يوجـد بهـا الناس فى نوعية المـواد التى يتعاطونها . فهناك مواد عديدة تنتشر فى مجتمعات دون غيرها بسبب امكانية زراعة النباتات التى تستخرج منهـا هذه المواد . بينمـا يصعب وجودها فى مجتمع آخر اللهم الا اذا نقلت اليه .

كذلك فان **طبيعة البيئة الاجتماعية تتحكم فى شكل الادمان أيضـا ..** **فالمناطق والمدن السـاحلية** بسبب موقعهـا تكون عرضة لخطـر تهريب المخدرات . والمدن الصناعية التى تتجمع فيها جماعات عمالية من مستوى معين تصبح **المنطقة العمالية** بيئة ينتقل فيها خطر الادمان بفعل تأثير الاشخاص فى بعضهم . كذلك فان من يعملون فى بعض **المهن مثل قيادة سيارات النقـل والاجرة** يمكن أن تنتشر بينهم كجماعة مهنية عملية التعاطى كنوع من ثقـافة المهنة ، ويدعم تلك الاراء والافكار التى تتناقل بينهم عن أثر المخدرات على الاستمرار فى القيادة وعدم الاحساس بالتعب حتى أن التعاطى يصبح جزءا من مستلزمات ممارسـة المهنـة وجزءا من ثقافة المهنـة . ويشجع على ذلك أيضا أماكن الراحة التى يتجمع فيها السائقين على الطريق العام حيث تكون هذه الاماكن بيئة يمارسون فيها التعاطى .

ويمكن أيضا أن تكون **الاحياء الشعبية والمناطق المتخلفة** بيئات خصـبة لانتشار عادات ادمانية خاصة . فقد اتضح أن بعض الاحياء المتخلفة هى بؤر لتعاطى المخدرات والاتجار فيهـا . بل أن طبيعـة بعض الاحيـاء من حيث **التكوين المورفولوجى للحى** قد ساعدت على أن يصبح الحى مرتبطا بالاتجـار فى نوعية معينة من المخدرات بجـانب أن عملية التعـاطى تتم داخله . أما

---

(٥) د. مصطفى سويف ، دروس مستفادة من بحوث تعاطى المخدرات فى مصر ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع . اشراف الدكتور محمد الجوهرى . العدد السادس ، دار المعارف ، ابريل سنة ١٩٨٤ ، ص ٣٥٤ .

البيئات المتخلفة مثل أحياء الزبالين فقد اتضح أنه ينتشر فيها أنواعا من المخدرات والخمور ، ففى احدى التجمعات كانوا يدمنون « السبرتو الاحمر ».

٣ — تأثير المفهوم الاجتماعى السائد عن المادة على الادمان :

عادة ما يكون لدى أعضاء اى مجتمع مفهوم سائد عن الظواهر والاشياء التى توجد به . ويتضمن المفهوم تحديدا لمدى شرعية الاشياء والظواهر وأنماط السلوك . وعندما يحدد المجتمع مفهوما عن الاشياء فان سلوك الانسان تجاه عالم الاشياء ينتظم فى أشكال معينة ترتبط بهذا الحكم . ولا شك أن المجتمع يمكن أن يعتبر أن **تعاطى مادة معينة يعتبر عملا اجراميا** مثل تعاطى الحشيش أو الافيون بينما يعتبر أن تعاطى الخمور فى بعض الاسر **نوعا من الرقى** . فقد تجد من يباهى بانه احتسى الويسكى فى مناسبة معينة دون خجل . ويكفى أن ندرك رد الفعل تجاه كلمة « **شامبانيا** » لكى نعرف أنهما لا تثير رد فعل سلبى مثل ما تثيره كلمة مخدرات ، ولهذا فان الاقدام عليها يكون أكثر سهولة من الاقدام على تعاطى المخدرات مثل الحشيش والافيون .

ويلاحظ أن كلا **الثقافة والانتماء الاجتماعى** يحددان معا ما اذا كان اسم المادة المخدرة أو المنشطة التى يدمنها الناس يمثل وصمة أو لا يمثل وصمة بل يدعو الى المباهاة والفخر بالرجولة . فتعاطى الحشيش يمكن أن يصبح وصمة عار وجريمة عند أبناء جماعة دينية بينما يعتبر من **مقتضيات المهنة** لدى أبناء جماعة أخرى ، ويعتبر علامة على **الفخر والرجولة** لدى جماعة ثالثة قد تكون جماعة اجرامية .

الاكثر من ذلك أن المفهوم الاجتماعى السائد عن بعض المواد وبعض أنواع السلوك قد يخرج بعض المدمنين من قائمة المدمنين وهذا لا يعطى فرصة للعمل على اقتلاعهم عن الادمان . فأحيانا يصبح **السلوك الدوائى الخاطىء نوعا من الادمان** . فالمهدئات التى تستخدم لتسكين الالم أو تهدئة التنفس وحبوب التخسيس وغيرها من العقاقير التى يصفها الاطباء احيانا يكررها الناس ويدمنونها وهذا يؤدى الى ارهاق جهازهم العصبى . ويؤدى الاستمرار فى ذلك الى تعقيدات واضعاف من قدراتهم على تحمل مواقف الحياة . فى هذه الحالة يكون **المفهوم الاجتماعى السائد محايدا** بالنسبة لمن يتعاطون فهو لا يصنفهم على أنهم مدمنين يتعاطون لكنه يصنفهم على أنهم مرضى يسعون عن طريق هذه العقاقير الى الشفاء ولهذا فان رد الفعل المطلوب أن يحدث ضد عملية الادمان يكون فى أدنى درجاته ويحتاج الامر

الى تغيير النظرة وتغيير المفهوم الاجتماعى السائد عن هذا النوع من التعاطى لكى لا نخرج هؤلاء المدمنين من دائرة الضوء.

٤ — طبيعة الحكم الاخلاقى للمجتمع واستمرار الادمان :

ان أول ما يوضح لنا اهمية العامل الاجتماعى فى موضوع الادمان هو أن المجتمع هو الذى يحدد ان مادة معينة يمكن أن ينظر الى استخدامها على أنه مشكلة . فعندما يقرر أى مجتمع ذلك فان هذا يؤثر على رد الفعل تجاه هذه المادة . اذن المادة نفسها ليست شيئا مثيرا للمشكلات ولكن طرق الاستخدام التى يحكم عليها المجتمع أنها طرقا ليست مقبولة تصبح هى المشكلة . ويصل المجتمع الى هذا الحكم عن طريق النظر الى نتائج الاعتياد على تناول أو تعاطى مادة مينة بطريقة منتظمة . كذلك فان المجتمع أيضا قد يقدم حكما اخلاقيا على استخدام مادة معينة بالنسبة لفئة من فئات المجتمع ويقدم حكما أخلاقيا مخالفا اذا استخدمتها فئة أخرى . ففى بعض الاحيان يتسامح فى ادمان الكبار للتدخين والاعتياد على بعض انواع التبغ بينما ينظر الى ذلك على أنه انحراف اذا أتاه صغار السن . وتؤثر استجابة المجتمع ورد فعله لادمان أى مادة من المواد على استمرار المتعاطين . ذلك أن رد الفعل الشديد للمجتمع يمكن أن يؤدى الى الاقلال من الادمان . ولكن يلاحظ أن بعض ردود الفعل قد تكون متشنجة أو عاطفية أو غير متعقلة (٦) .

٥ — توفر المادة المخدرة فى المجتمع :

لا شك أن توفر المادة فى المجتمع يساعد على انتشار الادمان والعكس صحيح . فمن المعروف أن الناس يستخدمون العقاقير المختلفة على نطاق واسع ، وقد أضحت الدراسات — كما يتضح من ملاحظة الواقع — أن كثيرون يستخدمون العقاقير بطريقة معتدلة ، وقليلون يستخدمونها بافراط وأقلية صغيرة تدمن اساءة استخدام العقاقير . وهناك مجموعة من القوى النفسية والاجتماعية تساهم فى تشكيل هؤلاء الافراد مثل سهولة توفر العقار وامكانية شرائه دون حاجة الى روشتة طبيب ، بجانب أنهم يجدون من يعلمهم تناول العقار واستخدامه ، ويؤدى الى ذلك أيضا عدم وجود قدر

---

(6) Helen Nowlis, Op. Cit., pp. 10-41.

كاف من الثقافة تتعلق بخطورة استخدام العقاقير . وبصفة عامة فان أستهلاك العقاقير ينتج عن التفاعل المستمر بين قوى بيولوجية وشخصية ومجتمعية متعددة ، وهى تحتاج الى تعزيز على فترات لكى تستمر (٧) .

٦ — ارتباط الادمان بالتصنيفات الاجتماعية المتداولة :

وتؤدى الظروف الاجتماعية أيضا الى ظهور أنماط جديدة من الادمان ترتبط بالموقف الاجتماعى للشخص المدمن من حيث مستواه المادى أو فئة العمر التى ينتمى اليها . ويوضح ذلك انتشار عادة استنشاق بعض المواد المتطايرة مثل البنزين أو الصمغ أو طلاء الاظافر ، ومخففات الطلاء والسائل الذى يستخدم فى تعبئة الولاعات . وتحتوى كل هذه المواد على غموم مائية تؤثر على المخ والكبد والرئتين ، ويؤدى استنشاقها الى الاسترخاء والدوخة وأحيانا الهلوسة (٨) . وقد لوحظ أن ممارسة شم البنزين على وجه الخصوص بين الاحداث المراهقين الذين ينتمون الى طبقات فقيرة ، تنتشر فى احدى الدول الافريقية اسم ((الشماشمة)) أن يلجأ هؤلاء الاحداث الى هذه الطريقة لانهم لا يمكنهم شراء الخمور أو أى مادة مخدرة . ولهذا فهم يلجأون الى محطات تموين السيارات بالبترول ويضعون قطعة من القطن أسفل خرطوم البنزين أثناء تموين السيارة ويتلقون عليها النقط والبقايا المتساقطة من الفوهة بعد ملء السيارة بالبنزين . وأحيانا عندما لا يسمح لهم بذلك يحاولون نتح تانك بنزين السيارات أثناء وقوفها فى غياب أصحابها مما يؤدى فى بعض الأحيان الى اتلاف غطاء مخزن الوقود . ويمد المراهق القطنة فى مخزن الوقود عن طريق ربطها بخيط أو سلك ويستخرجها ويضعها فى علبة ويحكم غطاء العلبة بعد ثقبه لكى يستطيع استنشاق الغاز المتطاير من خلال الثقوب مع الاحتفاظ بقطعة القطن مبتلة أطول فترة ممكنة ، ويشاهد هؤلاء المراهقين يتجولون فى شكل جماعات صغيرة تتكون من فردين أو ثلاثة بجوار أماكن انتظار السيارات أو محطات البترول . وأحيانا يكون لهم مكان اقامة مشترك يجمع من تعودوا على التغيب عن المنزل لاكثر من يوم أو من ليست لهم منازل من المشردين . ومن الطبيعى أن تساعد الاقامة المشتركة والتجمع معا على تأثر الاعضاء الجدد واعتيادهم على التعاطى .

---

(٧) سعيد محمد الحفار . البيولوجيا ومصير الانسان ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب . الكويت ، نوفمبر سنة ١٩٨٤ ، ص ٧٩ .

(٨) د. عادل الدمرداش ، المرجع السابق ، ص ص ١٧ ، ١٨ .

ويبدا المتعاطى اولا بالتعلم ، ثم بعد ذلك يتكرر السلوك ويتحول الى تعاطى . لهذا عادة التعاطى ما يحدث فى وسط اجتماعى معين ، ومن شأن الوسط الاجتماعى أن يعزز التعليم . فاذا تعاطى الشخص العقار فى مكان معين قد ترتبط ملامح هذا المكان فيما بعد بتجربة تعاطى العقار وقد تحفز على التعاطى مرات أخرى . ويزداد احتمال تكرار التعاطى كلما ارتبط ذلك بجماعة من الاصدقاء . فمثلا كثيرا ما تحدث المتعة فى التدخين فى مجالات عريضة من الانشطة ، ونتيجة لذلك يمكن لتلك الانشطة المرتبطة أن تحفز الشخص الى اعادة التدخين على الرغم من رغبته فى الاقلاع عنه (٩) .

اما بالنسبة للفئة العمرية فان تصنيف المجتمع الى فئات سن مختلفة يعطينا فرصة افضل للتعرف على طبيعة الدوافع التى تكمن وراء عملية الادمان وعلى سبيل المثال يلاحظ أن الادمان لدى كبار السن يختلف عن الادمان لدى الشباب فيما يتعلق بنوعية المخدر . فعادة ما يدمن كبير السن نوعا واحدا من المخدرات أو العقاقير اما الشباب فتؤدى عوامل تتعلق بالمرحلة العمرية التى يعيشون فيها وسمات الشخصية التى تميز هذا السن الى ادمان اكثر من مادة مخدرة . فأحيانا يكون الدافع هو البحث عن مادة أكثر قوة وفعالية ، وأحيانا يكون الدافع هو تجريب الشىء الجديد . وأحيانا يكون الدافع هو ابطال تاثير مادة أخرى ذات تاثير مضاد مثل مدمن المنومات ليلا الذى يتعاطى منشطات صباحا ليزيل الشعور بالكسل والنعاس (١٠) .

وهناك أيضا انماط تفضيل للعقاقير تتوافق مع مراحل معينة فى دورة الحياة ، ففى الثلاثينيات والاربعينيات يميل الافراد الى تفضيل مثبطات الجهاز العصبى المركزى التى تبلد الحس وتقلل من شدة الاستجابة لمؤثرات كثيرة وتعطل وظائف البدن ، وكثيرا ما يصبح الكحول الطريق المشترك النهائى لكثير ممن أفرطوا فى العقاقير (١١) .

٧ — يتاثر السلوك الادمانى بالتغيرات التى تحدث فى المجتمع :

حينما يتغير المجتمع تتغير طرق الممارسة والعادات الادمانية ، واحيانا تتغير المواد التى يدمن عليها الافراد . ويمكن ان تؤدى التغيرات أيضا الى

---

(٩) د. سعيد الحفار ، المرجع السابق ، ص ٨٣ .
(١٠) د. عادل الدمرداش ، المرجع السابق ، ص ٢٧ .
(١١) د. سعيد الحفار ، المرجع السابق ، ص ٨١ .

أن تدخل جماعة معينة من دائرة الادمان بينما قد تخرج جماعة معينة منها . فقد أصبح بعض الريفيين فى الدول النامية يدمنون الكحول بعد فترة من الرواج الاقتصادى المفاجىء حتى انه يقال أن العامل الزراعى كان يأخذ أجره متضمنا وجبة غذاء لابد أن تحتوى على مشروبات كحولية الامر الذى كان يمكن ان يستنكر تماما قبل فترة الرواج بعشرة أعوام . اما بالنسبة للمادة نفسها فان ارتفاع أسعار مواد مثل الهروبين والكوكايين يجعل المادة تختفى من السوق او لا يقبل عليها الكثيرون ، وتظهر مواد اخرى مثل الحقن المخدرة والحبوب المخدرة الاقل سعرا من المواد السابقة . ولهذا فان تعرفنا على الاسباب يتطلب وعيا بعوامل التغير الاجتماعى ومظاهره ثم نتائجه .

٨ — يؤثر الادمان على المجتمع :

يؤثر الادمان على قطاعات عديدة من المجتمع ويتردد صداه فى مجالات الحياة اليومية . وعلى سبيل المثال يؤدى السلوك الادمانى الى الاخلال بالنظام والاداب العامة فى المجتمع . وهو قد يؤدى الى انتهاكات لحريات الاخرين ، ويمكن أن يرتبط أيضاً بالجريمة . فقد يرتبط ادمان الخمور بالقتل والاغتصاب والتشرد وهجر الاسرة . واذا كان السكر لا يشجع على العدوان لكنه يضعف من القدرات الانتاجية ويقلل من الاهتمام بالمصالح . كما أنه يسفر عن طلب الكسب لارضاء الشهوة أكثر من طلبه لاعالة الاسرة (١٢) .

واذا كان التعاطى لا يرتبط بالجريمة مباشرة الا أن هناك الكثير من الجرائم كما سبق وذكرنا يرتبط بالتعاطى . وعلى سبيل المثال فان المتعاطى عندما لا يجد المخدر قد يسرق أو يأتى فعلا اجراميا لتامين الحصول على المخدر . كما ان المواد المخدرة قد أستخدمت استخدامات عديدة ضد الناس خاصة فى حالات السرقة والاحتيال .

---

(١٢) ادوين سذرلاند ودونالد كريسى ، المرجع السابق . ص ص ٢١ ، ١٦٥ .

ثانيـــا

الابعاد الاجتماعية فى الوقاية والعلاج

اذا كنا نفكر فى علاج لظاهرة الادمان ، واذا كنـــا نهتم بالوقاية منهـــا فاننا يجب أن نتبين منهجا يتسق مع التقسـيم الثلاثى الذى قدمناه وهو مدخل دراسـة الموضـوع من خلال تصنيف الموقف الادمانى الى مادة وشخص مدمن وبيئة اجتماعية . وفى هذا الصدد هناك أربعة اتجاهات أو أربعة مداخل يحاول كل منها علاج مشكلة الادمان بطريقة معينة وهى :

١ — الاتجـــاه القانونى الاخلاقى :

يهتم هذا الاتجاه بالمخدر نفسه ، ويقسم العقاقير والمواد التى تتعاطى الى مواد ضارة واخرى غير ضارة . ويعمل المجتمع من خلال القانون على منع استخدام المواد الضارة ، وتنظيم إستخدام مواد اخرى اذا استخدمت بطرق مخالفة يمكن أن تحدث ضررا مثل العقاقير الطبية . ويتم المنع والمقاومة هنا عن طريق فرض عقوبة على المتعاطى وعلى من يتاجر فى المادة نفسها . ولا يهدف المجتمع من خلال ذلك الى مجرد المنع بقدر ما يهدف الى حمـــاية الناس — بالقانون — الذين يمكن أن يكونوا ضحايا لاستخدام هذه المواد . ولهذا فان القوانين يمكن أن تتناول وتنظم عمليات ايجاد المادة (مثل زراعة النباتات التى تستخرج منها المواد المخدرة) ، وتحويلها وتصنيعها وتوزيعها وبيعها والمشـاركة فى تداولها وامتلاكها . وفى بعض الاحيان تعمل على تنظيم المواد أو الادوات المستخدمة : والهدف من ذلك هو التحـــكم فى توفر المادة والتحذير ضد أضرارها الجسمية والنفسية والاجتماعية .

وعلى ذلك فان التوعية التى ترتبط بهذا الجانب تركز على العقوبات التى تتعلق بالبيع والاستخدام وحيازة المادة . ونود أن نشير الى أن بعض المواد قد يكون استخدامها قانونيا ، مثل استخدام المواد المخدرة فى الاغراض الطبية ، ويكون استخدامها غير قانونى اذا استخدمت فى مجالات أخرى .

٢ — الاتجاه الطبى أو اتجاه الصحة العامة :

الاتجاه الطبى هو الذى ينظر الى مشكلة الادمان من جانبها الصحى . وينظر الى العوامل الثلاثة (المـادة ، والفرد ، والاطـار الاجتماعى) على أنها العامل المؤثر فى المرض ؛ والشخص المتاثر بهـذا العامل والبيئة التى يوجد فيها الشخص تماما كما ينظرون الى الامراض المعدية . وفى اطار هذا الاتجاه ينظر الى الفرد على أنه مستهدف أو غير مستهدف للاصابة بالمرض الادمانى ويمكن ان يؤدى الى اصابة الغير (يدى ويعدى) . وتتجه البرامج فى هذا الاتجاه الى التوعية عن طريق المعلومات ألتى تحدد الضرر الجسمى والاجتماعى الذى يحدث عندما يعتاد الشخص على تعاطى مادة من المواد . ولا يقتصر هذا الاتجاه على النظر الى المشكلة على انهـا مشكلة صـحية لشخص مدمن ، فانه يمتد بالنظـر اليهـا على انهـا مشكلة تتصل بالصحة العامة ، مشـكلة وباء صحى اجتماعى يؤثر على المجتمع .

٣ — الاتجـــاه النفسى :

من الطبيعى أن يركز هـذا الاتجاه على الفـرد المدمن . فهـو يهتم باستخدام المخدر ومدمن المخدر اكثر من اهتمامه بنفس المـادة او فاعليتها . فهو ينظر الى الشخص على انه العامل الدينـامى الـذى يجب أن تنطلق به عملية العلاج وأن الادمان يمكن القضاء عليه عن طريق التداخل مع الشخص وليس مع القوانين المانعـة أو المنظمة لاستخدام المـادة . وبالتـالى فهو يهتم بمعنى ووظيفة المخدر بالنسبة للشخص . وبالسلوك الادمانى . ويفرق بين الانماط السلوكية المتفاوتة لاستخدام المخدر من حيث الكميـة والتكرار واشكال التعاطى والوظائف التى يخدمها ، ويفترض أن كـل ذلك يمكن أن يختلف من فرد الى آخر . ويهتم بالاطار الاجتماعى بقدر معين وهو كيفيـة تقبل الافراد المحيطين أو المجتمع المحلى المحيط بالشخص المدمن . وينظـر الى الاطار الاجتماعى فى هـذه الحالة على أنه يسهم فى المشـكلات المتعلقة بالاستخدام ، وذلك من خلال تحديد وتعريف الشخص لهـا . وبصفة عامة فان هذا الاتجاه يركز على الافراد وعلى سلوكهم .

٤ — الاتجـاه الاجتماعى الثقـافى :

الاتجاه الرابع يهتم أساسا بالبعـد الثالث من المشـكلة وهو البيئة الاجتماعية الثقافية التى يحدث فيها سلوك الادمان . وينظر أليها على أنها

وعاء يتم داخله نضوج سلوك المدمن ، ولكنه وعاءا ليس سلبيا فهو يفـرز مواد عديدة مؤثرة على هذا السلوك . كذلك يهتم هـذا الاتجاه بالنظر الى الوعاء الاجتماعى الثقافى على أنه يملك بعض أسـباب المقاومة والوقـاية والعلاج وانه من خلاله يمكننا أن ننفذ الى الشخص المدمن ونعدل السلوك .

ويرى اصحاب هـذا الاتجاه أن بعض العقاقير والمخـدرات تكتسب معناها واهميتها ليس من خلال الخصائص الكيميائية التاثيرية التى تحتوى عليها ولكن من خلال طريقة استجابة المجتمع لها ولمستخدميها . وينظر فى هذه الحالة الى تعاطى المخدرات على انه سلوك انحرافى هدام . ومثله مثل أى سلوك انحرافى فان الضرر يعود على الفرد من اتباعه للسلوك نفسه أو بسبب استجابة المجتمع لهذا السلوك . وهو لا يأخذ فى اعتباره هذا البعـد فقط انما يمتد الى دراسة ظروف البيئة الاجتماعية الثقافية كأسباب تؤدى الى الضغوط النفسية . وفى ضـوء ذلك يصبح الفقر والاسكان المتهـدم . والتفرقة ، وعدم توفر فرص العمل والتصنيع والتحضر كلهـا عوامل مؤدية الى العوامل الشخصية النفسية التى يهتم بها المدخل النفسى . تلك العوامل مثل البيوت المتصدعة وغيـاب الارشاد الوالـدى وضعف قوى الضـبط الاجتماعى .

ويرى هذا الاتجاه أيضا انه على الرغم من أننا نميل دائما الى النظر الى السلوك غير المرغوب على انه نتيجـة لجوانب غير مرغوبة فى النسق الاجتماعى فان كثيرا من الجوانب غير الموافق عليها ترتبط أساسا بأشـياء يوافق عليها ويقيمها المجتمع . ذلك أن التطابق والتنافس والانجاز والانتاجية يمكن أن ترتبط بهذه الجوانب .

من الطبيعى أن يمثل كل اتجاه من هذه الاتجاهات بعدا هاما يمكن من خلاله رؤية التعاطى والظواهر المرتبطة به وتقـود الى توصيات وأفعـال مختلفة يتم تصميمها لتعديل عملية استخدام هـذه المواد . وكل منهـا يقدم رؤية للمخدر والانسان والمجتمع ، ولعملية التفاعل بينها .

ولكل اتجاه من هذه الاتجاهات نفعا فى عملية مقاومة الادمان . ويتضح ذلك مما يأتى :

١ ــ اذا كان التحدى الذى يواجهنا هو ابعاد المخدرات عن الانســان فأن القانون وفرض القانون يلعب دورا هاما فى هذا الصدد .

٢ — واذا كان الهدف هو ابعاد الانسان عن المخدرات والخمور فان المسئولية سوف تقع على العلوم السلوكية ومن عملوا فيها .

٣ — واذا كان علينا ان نخلق بيئة تساعد الانسان على كيفية التعامل مع هذه المواد بشكل يعرضه للادمان ولا يضره ولا يضر المجتمع الذى يوجد به فان كل مؤسسة أو هيئة أو نظام اجتماعى وكل فرد يعمل فى أى منها سوف يكون له دوره الذى يلعبه .

أن تعقد هذه الجوانب العديدة يتطلب دراسات تتعلق بالموضوع من جوانبه المختلفة . ويتطلب الامر الا يكون لدينا ميل الى لن نبسط المشكلة ونبسط الحلول ايضا . فكل مجتمع أو كل جماعة تميل لان ترى لكل مشكلة حلا بسيطا وسريعا وربما يبعدها هذا عن الاجهاد المطلوب للدراسة والفحص والتحليل فتصدر آراء وحلول بعيدة عن الواقع . ويلاحظ اننا كلما نظرنا الى المشكلة نظرة مبسطة ولم نتعمق فى بحث جوانبها كلما وضعنا حلولا سريعة وساذجة تتناسب مع سرعة وسذاجة البحث والتحليل وبالتالى ابتعدنا عن أن نصل الى نتيجة وستظل المشكلة موجودة وسنظل نضع لها حلولا كل يوم . ان حل مشكلة الادمان يتوقف على أمرين :

الاول : هو البحث الجاد المتعمق الذى يمتد الى مختلف العوامل المؤثرة فى الظاهرة ، ومختلف الملابسات التى ترتبط بها .

الثانى : تعاون فريق بحثى يعمل معا فى نظام تكاملى مشترك . فنحن فى حاجة الى عالم الاجتماع والانثروبولوجى ، ورجل الدين ، والكيميائى والطبيب وعالم النفس لكى يدرسوا المشكلة كل من جانبه ويضعوا لها الحلول اذ سيحاول كل منهم أن يعالج الزاوية التى ركز عليها فى الدراسة والتحليل (١٣) .

ويحتاج علاج مشكلة الادمان الى ما يأتى :

١ — تحديدا واعيا لابعاد المشكلة يتضمن وصفا لابعادها أكثر مما يتضمن اتجاها عاطفيا أيا كان .

٢ — اختيار وتقييم الطرق والادوات والخطط التى تتناسب مع وصف المشكلة التى تم تحديدها تحديدا دقيقا .

(13) Helen Nowlis., Op. Cit., pp. 10-16.

٣ — تقييم مستمر لمدى التقدم الذى يحدث .

٤ — تحديد الاخطاء التى تحدث اثناء العلاج ووجود رغبـة اكيدة فى تغيير الطرق وتجريب طرق جديدة اذا ثبت فشل الطرق التديمة .

والواقع أن تعريف مشكلات الادمان احيانا تتم بطرق مختلفة ومتباينة الامر الذى ادى فى كثير من الاحيان الى آراء متفاوتة . ونحن يجب أن نسأل دائما ثلاثة أسئلة لكى نستطيع ان نحدد المشكلة تحديدا دقيقا وهى :

— ما هى المادة المستخدمة ؟

وذلك للتعرف على تاثيرها .

— من يستخدمها ؟

وذلك للتعرف على خصائص المدمنين .

— باى طريقة تستخدم وفى أى ظروف ؟

وذلك للتعرف على الظروف البيئية المسببة والمصاحبة .

ويحتاج الشخص الذى يريد أن يتعرف بصدق على العوامل الاجتماعية المؤدية الى الادمان لدى فئات معينة فى المجتمع الى أن يعايش هذه الفئـات ويقترب منها دون مشاركة ، ذلك أن الاقتراب هو العامل الوحيد للتأكد من صدق ووضوح الصورة التى تنطبع فى ذهن الشخص المهتم بالعلاج عن طبيعة الموقف الادمانى . فجماعات المراهقين الذين يدمنون نوعا من المخدر تحتاج الى التعرف على علاقاتهم وعلى كيفية تكوين هذه الجماعات وطبيعة عملية القيادة فيها . كما تحتاج الى التعرف على الثقافة الخاصة التى تنتشر بين أبناء هذه الجماعات الخاصة . وعلى سبيل المثال لابد أن نعرف المصطلحات والكلمات المستخدمة للتعبير عن سلوك ادمانى معين . مثل لفظ « التخزين » الذى يعبر عن وضع قطعة الافيون بين الاسنان والصدغ لفترة معينة .

وهناك عدة ضرورات هامة يجب أن نراعيهـا فى تخطيطنا وعلاجنـا لمشكلة الادمان :

أولا — ضرورة اصطباغ طرق المقاومة والعلاج بالمسحة القومية :

وقد اشار الدكتور مصطفى سويف الى ان مشكلة تعاطى المخدرات لها أبعادها القومية ، وهى ترتبط بالتاريخ السياسى والتشريعى للبلاد ، كما ترتبط بتراثها وبعاداتها وبنيتها الاجتماعية . ولهـذا فان من يقومون بأية جهـود فى تخطيط البحوث أو العمل الميـدانى لابد ان يكونوا من البـاحثين الوطنيين الذين لديهم دراية كافيـة بتراث المنطقة وتاريخها . كـذلك فان استيراد الخطط والحلول لن يؤدى بنـا الى معـرفة حقيقة بأبعـاد المشكلة وبالتالى سيكون مضللا فى عملية التخطيط لمواجهتها (١٤) .

ثانيا — ضرورة تبنى مفهوم شامل للادمان :

يجب أن يمتـد مفهوم الادمان الى أن يكون مفهـوم أوسع وأشمل من مجرد تعاطى المخدرات أو ادمان الخمور ، فهناك ادمان استخدام العقاقير ، فالناس يدمنون أقراص الحساسية بسبب أنها تؤدى الى تهدئة عصبية وهى تؤدى أيضا الى الاعتماد النفسى (١٥) . ويدمنون أيضـا الاسبرين نظـرا لسهولة الحصول عليه وسرعة تسكينه للالم . ويدمنون السجائر والشاى وعادات أخرى كثيرة . كذلك نحن نحتاج أن ننظر الى الادمان كظاهرة مجردة تتبدى لنا فى صور مجتمعية عديدة .

ثالثا — ضرورة ان يمتد الاهتمام الى دائرة المستهدفين :

لا يجب أن يقتصر علاج المشكلة على علاج المدمنين بل يجب أن يوجه جهد كبير الى حماية المستهدفين Vulenrable . ذلك أن هناك العـديد من النـاس لا يدمنون لانه لم تتح لهم فرصة الادمان . وهـذه فئـة كبيرة متنوعة . وعلى سبيل المثال فقد كشفت احدى الدراسات الوبائية فى مصر أن نسبة ١٠٪ من الطلاب غير المتعاطين يقررون (بدرجة عالية من الثبات) أنهم على اسـتعداد للتعاطى اذا اتيحت لهم الفرصة (١٦) . كمـا كشفت

---

(١٤) د. مصطفى سويف ، المرجع السابق ، ص ٣٥٤ .
(١٥) د. عادل الدمرداش ، المرجع السابق ، ص ص ١٩ ، ١٨ .
(١٦) د. مصطفى سويف ، المرجع السابق ، ص ٣٥٩ .

دراسات أخرى عن أن الـــذين أرتبطوا بسلوك انحراف لعـــدة سنوات فى الاحياء المتخلفة سهل أن ينجذبوا الى تعاطى المخدرات . فالانحراف يمـــكن أن يجعل الافراد أكثر استهدافا للتعاطى (١٧) .

رابعا — ضرورة الاهتمام بالدراسات الميدانية والعمل فى وسط الناس :

لا يمكن حل مشـــكلات الادمان فى المجتمع ونحن نخطط للموضوع من على مكاتبنا مكيفة الهواء . فاذا كان الادمان ظـــاهرة تتفاوت بتفاوت الثقافة والطبقة والتنشئة الاجتماعية ... الخ ، فان دراستنا للبيئـــات الاجتماعية المحلية التى تتبدى فيها ظاهرة الادمان هى الوسيلة الوحيـــدة للتعرف على الظاهرة ، وهى الخطوة الاولى والاساس الضرورى لمقاومتها . وليس لنا غنى اذا أردنا أن نجرى هذه الدراسة عن أن نلجأ الى طرق البحث المتـــداولة فى علم الاجتماع والانثروبولوجيا للتعرف على كيفية دراسة الجماعات البشرية المتنوعة ، خاصة دراسة الموضوعات الخاصة ذات الحساسية الشديدة مثل الادمان . لهذا فالمنازل والشوارع والمستشفيات والعيادات هى البيئـــات التى ندرس من خلالها هذا الموضوع . وعلى البـــاحث أن يدرب نفسه على ان ينفذ من خلال هـــذه القنوات ، ويبـــدو أن مدخل العـــلاقات الانسانية والشخصية مع من ندرسهم ونعـــالجهم يعتبر أجدى من المدخـــل الرسمى البيروقراطى (١٨) .

---

(17) David Sills,, International Encyclopedia of Social Sciences., The Macmillan Company and the Free Press., U.S.A., 1968., p. 202.

(١٨) د. مصطفى سويف ، المرجع السابق ، ص ٣٦٥ .

الفصل الثانى عشر

طب الصحراء

دراسة ميدانية لخصائص وأساليب الطب التقليدى فى الصحراء الغربية .

يفتقر موضوع الطب والعلاج فى الصحراء أشد الافتقار الى المهتمين والدراسين ، وعلى الرغم من أن هناك دراسات عديدة أجريت على المجتمعات الصحراوية قام بها عرب واجانب فان هذه الدراسات قد ركزت على موضوعات اجتماعية وثقافية عديدة — وربما تكررت دراسة الموضوع الواحد لدى أكثر من باحث — الا أن دراسة أساليب العلاج التقليدى لدى الجماعات الصحراوية ظلت بلا مهتمين . والدليل على ذلك أن معظم الكتابات والدراسات التى صدرت عن مجتمعات الصحراء باللغة العربية او الانجليزية لم يتضمن القليل منها الا تلميحات الى هذا الجانب بينما خلت معظم الدراسات — التى توصل اليها الباحث — من أى اشارات الى النسق الطبى التقليدى فى الصحراء . وسوف نقدم دليلا واحدا على ذلك وهو الكتب التى صدرت عن المجتمع البدوى العربى باللغة العربية ، فهى على كثرتها وتفاوت شمولها وعمقها الا أن معظمها خلى تماما من الموضوع ، وكما ذكرت فان القليل من هذه الكتب تناول الموضوع فى حيز ضيق لا يفى بالغرض . وعلى سبيل المثال فان الكتاب الضخم الذى ألفه الدكتور عبد الجبار الراوى بعنوان « البادية » وبلغ ما يقرب من ٦٥٠ صفحة لم يحو الا بعض السطور عن طرق التداوى عند البدو (فى حدود صفحة واحدة) . واكتفى فى النهاية بأن قال « أن الطب عند البدو يقتضى أن يفرد له كتاب » (١) . كذلك فان الكتاب الذى كتبه اللواء رفعت الجوهرى عن واحة سيوة بعنوان « جنة الصحراء » تناول باختصار بعض الامراض وطرق علاجها (٢) . وعلى ذلك فاننا يمكن أن

---

(١) عبد الجبار الراوى ، البادية ، الطبعة الثالثة سنة ١٩٧٣ - (بدون ناشر) ، ص ٣٢٧ .

(٢) اللواء رفعت الجوهرى ، جنة الصحراء . سيوة أو واحة آمون . الدار القومية للطباعة والنشر ، الطبعة الاولى ، ص ص ٤٦ ، ٤٧ .

تقرر أيضا أن الدراسات العديدة التى ركزت على الموضوع الهام الذى اصطلح على تسميته « الطب الشعبى » قد انصب الاهتمام فيه على دراسة الطب الشعبى فى الريف أو فى المناطق الشعبية فى المدن وبقيت الصحراء تتطلع لمن يروى ظمأها وعطشها الى مثل هذا النوع من الدراسات .

لهذا أتت هذه الدراسة الميدانية التى اجريت فى منطقة صحراوية واحدة عبارة عن محاولة متواضعة محدودة النطاق لوصف الطب الشعبى (التقليدى) السائد لدى البدو . والمنطقة التى تمت دراستها هى الصحراء الغربية فى جمهورية مصر العربية تلك المنطقة المتسعة التى تحوى جماعات بدوية مازال العديد منها يحافظ على ثقافته التقليدية خاصة ما تعلق بالطب والعلاج . وعلى ذلك فان هدف هذه الدراسة التى نقدم تقريرها الآن ينحصر فيما يأتى :

ا — التعرف على خصائص الطب الشعبى البدوى فى المنطقة والعناصر الأساسية المكونة له . وبناءا على ذلك فان الدراسة تقتصر على وصف النسق الطبى التقليدى ولا تمتد الى دراسة دخول الطب الحديث فى بعض المدن الصحراوية . وتتقدم الدراسة بهذه الصورة أساسا وخلفية يمكن أن تقوم عليها دراسات تهتم بالتغيرات التى حدثت فى هذا النسق التقليدى الذى مازال سائدا بدرجات متفاوتة — بين معظم بدو المنطقة .

ب — جمع مادة ميدانية عن الصحة والمرض وتحليلها بهدف الوصول الى استنتاجات عامة تصدق على النطاق الذى أجريت فيه الدراسة (المجتمع البدوى فى الصحراء الغربية) والمجتمعات المشابهة له مع الافتراض المسبق لوجود تنوعات تختلف فى درجتها وفق اختلاف — أو تشابه — الابنية الاجتماعية والثقافات السائدة ويفترض انه اذا اجريت دراسات مماثلة فى مجتمعات صحراوية اخرى — وهذا ما ينوى الباحث القيام به — أن نستطيع الوصول الى تعميمات تتعلق بطبيعة وخصائص الطب التقليدى فى المجتمعات الصحراوية .

ج — اختبار مدى صدق بعض الآراء الواردة فى دراسات سابقة أو وجهات النظر (التى تهدف أن تصل الى مستوى النظرية) الواردة فى تراث الأنثروبولوجيا الطبية مثل مدى ارتباط طابع العلاج بنوعية التفسير الذى يقدم للمرض ، ومدى لياقة المدخل الايكولوجى فى دراسة مثل هذه المجتمعات ، ومدى ارتباط الطب الشعبى فى الصحراء الغربية بالمعتقدات الامر الذى يشار اليه دائما (٢) .

(د) تقديم بعض التطبيقات العملية التى توضح جدوى هذه الدراسات

التى يتصور البعض أنها مجرد عرض لمـادة ثقافية تم جمعها ، أو أنها تصوير لطرق بدائية تثير الاستغراب ، وتوضح كيف يمكن أن تستخدم لتحقيق فهم أفضل للمجتمع وبالتالى للاسـهام فى حل مشـكلاته الصحية والعمـل على الارتقاء به . وعلى ذلك فان الجزء الوارد فى التقرير عن الامراض وطـرق علاجها عند البدو لا يمكن أن يهدف الى مجرد سرد طرق علاج بدائية بعضها نافع وبعضها الاخر غير نافع . ولكن الهدف هو تحليل هذه المادة للتعرف على مسائل كثيرة مثل التبريرات الثقافية للاساليب العلاجية ومدى التداخل بين العلاج الطبيعى والعلاج العينى ، ونوعية العلاج السائد فى حالة غياب التفسير أو استعصاء المرض ، وهو ما سيرد بالتفصيل فى التحليلات التى تلى سرد أنواع الامراض وطرق علاجها .

وقد جمع الباحث المادة الميـدانية الواردة فى هـــذا التقرير بنفسه باستخدام دليل للعمل الميدانى قام بالاسترشاد به فى المقابلات التى أجراها مع الاخباريين . وتكون الدليل أساسا من قائمة بأسماء الامراض بالاضافة الى بعض الاسئلة الاخرى التى تمثل اصابتها توضيحا لنوعية وطبيعة الطب التقليدى السائد . وكان الاعتماد الاساسى فى تكوين الدليل وأسئلته وعناصره على ما ورد فى الفصـل السابع من دليـل العمـل الميدانى الـذى قـدمه « سوليبان »وعنوانه « مدخل الى الفولكلور الايزلندى » (٤) . فقـد ضمن سوليبان هـذا الفصل قائمة مصـنفة للعـديد من الامراض التى تصيب الانسان ، مع أسئلة أخرى . وقد قام الباحث بترجمتها وتعديلهـا بالحذف والاضافة وتعديل الاسئلة بحيث تلائم المجتمع الذى ستطبق فيه .

وقد تم تطبيق الدليل على عدد من الاخباريين كبـار السن اشترط أن يكونوا ذوى خبرة بهـذه المسائل ، والبعض منهم مارس العـلاج الشعبى والبعض الاخر بدوى يعمل فى مجال الصحراء وله دراية بالاساليب التقليدية السائدة لدى البدو .

---

(3) Standard Dictionary of Folklore, Mythology and Legend., Funk & Wagnalls Company, New York, 1950, Vol. 2., p. 699.

(٤) سبق أن قدم مؤلف الكتـاب عرضا مطولا لهذا الدليل نشر فى مجلة التراث الشعبى العراقى ، العـدد الحادى عشر ، السـنة الخامسة سنة ١٩٧٤ ، ص ص ١١ — ٤٢ . معتمدا على الطبعة التى أصدرها فى لنـدن سنة ١٩٦٣ مؤلفه سوليبان Sean Suillebhan بعنوان :
A Hand Book of Irish Folklore

وقد كانت عملية تنظيم وعرض المـادة التى تم جمعها وتحليلهـا أمرا مربكا ، فهل نكتب كل مرض ثم طريقـة العـلاج بحيث يمـكن لاى شخص اجتماعى أو متخصص فى الطب ان يفيد من ذلك مباشرة وبطريقة سهلة على الرغم مما فى هذه الطريقة من سذاجة ، وعلى الرغم من أنها تؤدى الى الملل لدى القارىء ؟. أم أن ترد طرق العلاج فى ثنايا التحليل .وبهذا يبدو تقـديم المادة متكاملا ولكننا نفقد فى نفس الوقت الميـزة الاولى وهى الاحتفاظ بكل مرض وأسلوب علاجى بطريقة واضحة ومستقلة لا تجهد القارىء ! والواقع أننا اتبعنا طريقا وسطا يحقق ميزة كل طريقة من الطريقتين . فقـد حاولنا الاحتفاظ بالمادة الخاصة بالمرض وعلاجه بصورة شبه متكاملة ومسـتقلة فى نفس الوقت ، مع اضافة بعض التحليلات أو التعليقات البسيطة متى كانت هناك ضرورة للتعليق فى نفس الموضع ، ثم أفردنا جزءا خاصا للتحليـلات والاستخلاصات التى صنفت وفق موضوعات تحقق أهداف الدراسة . وقد اتبعنا تنظيما محددا فى عرض المادة الميدانية الواردة عن الامراض وعلاجها . فقد ذكرنا أولا الاسم الطبى المعروف باللغة العربيـة للمرض ، ثم اسمه فى اللهجة البدوية إذا كانت له تسمية خاصة لدى البدو أو إذا كان ينطق بطريقة خاصـة فى اللهجة البدوية ، ثم تفسير البـدو للمرض فى حالة الامراض التى عرف البدو تفسيرها ، ثم بعد ذلك طريقة العلاج . وقد تم تنظيم عرض المادة الميدانية وتحليلها على الوجه التالى :

أولا : البيئة الصحراوية وصحة الانسان .

ثانيا : الامراض وعلاجها .

ثالثا : طبيعة وخصائص النسق الطبى الصحراوى .

رابعا : تطبيقـات .

البيئة الصحراوية وصحة الانسان :

يرتبط موضوع هذه الدراسة بالاتجاه الـذى يمكن أن نطلق عليـه « ايكولوجيا المرض » الذى نبدأ فيه بالبيئة ، ولكن طالما أن اهتمامنا ينصب على الانسان والمجتمع فان التوجه الاسـاسى للدراسة يركز على البيئـة الطبيعية والاجتماعية الثقافية وعلاقتها بالمرض . ويعد هذا المدخل مدخـلا ملائما جدا لمثل هذه الدراسات نظرا لان المرض كظاهرة خاصة بالانسان له جانبه البيولوجى ويرتبط هـذا الجانب بالبيئة الطبيعية والكائنـات التى

توجد فيها كما أن مقاومته ومحاولات التخلص منه هو الجانب الاخر الـــذى يتعلق بالسلوك والبناء الاجتماعى والثقافى ، ذلك أن العوامل الاجتمــاعية والثقافية غالبا ما تلعب دورا هاما فى نسبة انتشار المرض (٥) . بناء على ذلك فالمرض ظاهرة طبيعية تساعد على وجودها عوامل طبيعية واجتماعية ، ويحاول الانسان بمفرده ومجتمعا مع غيره من أبنـــاء مجتمعه — أن يقـــاوم المرض لتحقيق حاجتـــه الى البقـــاء صـــحيحا وذلك من خـــلال الســـلوك والاستراتيجيات الاجتماعية والثقـــافية التى تتبع — ضمن ما تتبعـــــه من اجراءات لمقاومة المرض — سبلا عديدة لتسخير معطيات البيئة لتحقيق هذا الهدف .

ومن المعروف أن البيئات المختلفة التى تعيش فيها الجماعات البشرية تؤدى بصفة مستقلة ، ومن خلال تفاعل الانسان بسلوكه وبنظمه الاجتماعية معها الى ظهور أمراض ترتبط بكل بيئة وربما لا توجد أو على الاقل تتنوع اذا وجدت فى بيئات أخرى . كذلك فان مصادر البيئة — خاصة فى حالة الجماعات التى تعيش فى ظل بيئات قاسية أو ثقافات تقليدية — تحدد الى حد كبيـــر امكانيات العلاج بل وتتحكم فى مستويات الصحة العامة .

والبدو مثلهم مثل أى جماعة أخرى تنتشر بينهم أمراضا نوعية ترتبط بطبيعة البيئة ونوعية النشاط الاقتصادى ونوعية التغذية . والكائنات الحية التى تعيش مع الانسان فى البيئـــة . فعلى الرغم من أن البيئة الصحراوية ونمط الحياة البدوية تعفى سكان الصحراء من المشكلات المتعلقة بالانفجار السكانى ، فانهم يكونون فريسة للامراض المعدية ، وهم أكثر تعرضـــا لامراض سوء التغذية مقارنة بالجماعات المستقرة ذات الاقتصاد المختلط . والواضح انه بسبب ظروف البيئة يركز البـــدو فى غذائهم على بعض أنواع الطعام دون غيرها : ولهذا فان النظام الغذائى للبدو يكون غنيا ببعض البنود الغذائية ، وينقصه تماما القدرة على احداث التوازن بين العناصر التى يحتاج اليها الجسم . بالاضـــافة الى ذلك فان السنوات التى تلى فتـــرات القحط والجفاف عادة ما تؤثر على الانســـان والحيوان . ففى تقرير قدمه الدكتور

---

(٥) يعتبر دارس الانثروبولوجيا الطبية بحكم التخصص موجها توجيها ايكولوجيا . فهو يهتم بالعلاقة المتبادلة بين البيئـــة الطبيعية والاجتمـــاعية للانســـان وبين سلوكه وأمراضه ، ثم بكيفيـــة تأثير سلوكه وأمراضه على تطوره . ويعتبر الاتجاه الايكولوجى مفيدا فى دراسة المشكلات الصحية خلال عمليات التحديث والتنمية

Foster and Anderson., Op. Cit., pp. 12-13.

الهادى النجار الى لجنة المجاعة فى سنة ١٩٤٩ اشار الى الانيميا والضعف والوهن الذى أصاب الجماعات البدوية فى منطقة تلال البحر الاحمر واشار الى ارتفاع نسبة الوفيات بين الحيوانات فى هذا الاقليم . كذلك فان الحصاف (البلاجرا) كان مرضا شائعا بين قبائل بدوية فى مناطق بعينها ، كذلك فان سم الثعابين التى وجدت فى نفس المناطق قد سبب السقام invalidism (اعتلال صحى متطاول أو مزمن) ولدى نفس القبائل . ومما لا شك فيه أن نقص التغذية يعرض الانسان للامراض والالتهابات ويجعله اكثر قابلية للاصابة بها ، وخاصة لمرض مثل مرض السل . وهو يؤدى بصفة عامة الى ضعف قدرة الفرد على مقاومة الامراض المتوطنة والوبائية (٦) .

وقد اشار الدكتور الهادى والدكتور بعشر الى ان هناك امراضا معينة تنتشر بين الانسان والحيوان على السواء مثل مرض الكلب (داء الكلب) rabis ومرض الجمرة anthrax (مرض مهلك من أمراض الماشية وقد يصاب به الانسان) ولذلك فان البدو يكونون عرضة دائما للاصابة بهذه الامراض كنوع من العدوى بسبب الارتباط الشديد بالحيوان . وفى سنة ١٩٥٢ انتشر هذا المرض وأحدث نزعا كبيرا فى اقليم بور Bor اذ اصاب تجمعات الماشية التى تمتلكها قبائل الدنكا . وحالت الامطار تماما دون القدرة على اتخاذ الاجراءات التى تحد من انتشار المرض . وقد بذلت جهودا عديدة لمنع تسرب المرض الى اقليم الغزال والى اقليم اكواتوريا (٧) .

وتعتبر منطقة الصحراء الغربية التى نحن بصدد دراستها منطقة ذات طبيعة خاصة ، وتتوفر فيها مصادر معينة . ويؤدى هذا وذاك الى تميز الجانب الصحى وتميز أساليب العلاج أيضا ، ونظرا لوجود جماعات بدوية عديدة تعيش بعيدة عن المناطق العمرانية فقد تكون لديهم نسقا من الطب التقليدى اعتمد تكامله على ممارسته على مدى مئات بل آلاف السنين من خلال التجربة والخطأ والخبرة . ويمارس الطب الصحراوى متخصصون من

---

(6) Dr. El Hadi El Nagar and Dr. Baasher, Psycho-medical aspect of nomadism in the Sudan. In some aspects of the pastoral nomadism in the Sudan., Ed. by Abdel Ghaffar Ahmed Published by the Sudan National Population Committee and National Economic and Social Research Khartoum 1976 p. 131.

(7) Id. p. 133.

الرجال والنساء ويعتمدون فى شرعية هذه الممارسة على القبول الاجتماعي واعتراف أبناء الصحراء بهم بدل اعتمادهم على ترخيص رسمى . وتعتبر الخبرة هى المدرسة الطبية الوحيدة التى تعلم فيها هؤلاء . فهم يعتمـــدون كلية على خبرتهم وممارستهم للعلاج على مدى سنوات عديدة . بالاضـــافة الى ذلك هناك الطب الشعبى اليومى الذى يمارسه أى بدوى لعلاج الحالات الطارئة التى لا تحتاج للمتخصص مثل كثير من الوصفات التى تستخدم فيها النباتات بعد غليها . والبـــدو أكثر ارتباطا بطب الصـــحراء عن الارتبـــاط بالطب الحديث — حتى فى تلك المناطق التى بدات تصل اليها خدمات الطب الحديث ، وذلك بسبب طول فترة استخدامه وبسبب الثقة فيمن يقومون به وبسبب عوامل أخرى عديدة . وحتى عنـــدما يشـــعرون أن الطب الحديث اكثر قدرة وفاعلية على علاج الامراض ولا يجدون مفرا من الاعتراف بذلك فهم يبدون ايضا ما يشير الى تمسكهم بالطب الصحراوى اذ دائما يقولون أن طب الصحراء يعالج امراضا لا يتناولها الطب الحديث ، فهو يعالج جميع الامراض ، اما الطب الحديث فله دائرة تخصص محدودة متميزة لا يستطيع الطب البدوى القيام بها مثل الجراحة .

ويلاحظ أن منطقة الصحراء الغربيـــة موضع الدراسة تتميز بوجـــود ما أطلقنا عليه « طب الصحراء » . ولكن نظرا لاحتوائها على جماعات سكانية ذات اصول بدوية وجماعات مستقرة مثل سكان الواحات فاننا يمكن أن نلمح تميزا طفيفا فى بعض الاساليب العلاجية بين البدو وأهالى الواحات . واذا كنا قد حاولنا فى هذه الدراسة تحقيق الشمول الا أن التركيز الاكبر كان على الاســاليب العلاجية الشائعة لدى الاغلبية العظمى من سكان صحرائنا الغربية وهى الجماعات البدوية المنتشرة فى مساحات شاسعة فى هذه الصحراء سواء كانت بدوية او شبه مستقرة أو كانت مستقرة تماما .

وتوضح المقارنة بين أساليب البدو اليوم فى العلاج وبين التراث الطبى العربى أن بعض طرق العـــلاج التى يمارسها البـــدو اليوم هى موروثة من العرب الذين اشتهروا ببعض العمليات العلاجية . وكمـــا سنرى فان بدو الصحراء الغربية يمارسون عمليات الخزم والحجامة والكى (٨) . وقد ذكر

---

(٨) الخزم أو الخرت هو ثقب جسم المريض بابرة بها خيط ثم سحب الخيط من الجهة الاخرى ، ثم تخليص الابرة من الخيط الذى يترك فى جسم المريض بعد عقده بحيث يكون جزء من الخيط تحت جلـــد المريض والجـــزء الاخر خارجه . ويعتقد البدو أن الصديد المتسبب عن دخول الابرة فى الجلد هو مصدر للشفاء ، لهذا يتفاءلون كلمـــا تورم مكان الخـــزم وابتدا فى افراز الصديد . وهناك تفسير طبى يرى أن اعتقاد البدو فى فاعلية هذا الاسلوب =

الدكتور احمد عيسى فى كتابه آلات الطب والجراحة والكحالة عند العرب أن العرب أشتهروا بممارسة كثير من الاساليب التى تمارس عنـــد البدو الان كالحجامة والكى وغيرها (٩) .

الامراض وعلاجهـــا :

وجع الراس والصداع :

يطلق البدو على وجع الراس لفظ « شـعث » ، ويعتقدون أن الم الرأس يتسبب عن ضربة الشمس ويعالجونها بصب زيت الزيتون على الرأس . أما الصداع النصفى فهم لا يعرفون له سببا طبيعيا ولا عـــلاجا طبيعيا لهـــذا يلجأون الى الطب الشعبى . ويلاحظ أن وجع الرأس المتكرر أو المســـتمر يعالج بالحجامة .

امراض العيـــون :

يعالج وجع العين بصفة عامة عند البدو بلبخة تكمد بها العين فتمتص الالم : وهذه اللبخة مكونة من بصـــل مضحون وشيح . أما احمـــرار العين فيعالجونه بأن يأمروا المريض أن يفتح عينه اثنـــاء وضعها فى ماء مذاب به ملح .

= يرجع الى أن دخول الابرة فى الجلد (وهى غير نظيفة) بجانب وجود الخيط فى الجسم مدة طويلة يعتبر مصدرا لوجود البكتريا فى الجسم : وهذا ما يحفز الجسم الى تكوين المضادات الحيوية لمواجهة هذه البكتريا وزيادة منـــاعة الجسم ضدها . وفى هذه الحالة تنتشر المضادات فى جميع أجزاء الجسم فتزيد مقاومته لاى ميكروب سواء الميكروب الاصلى المسبب للمرض أو مـــا سببته الابرة . انظر :

Anwar M. Elwi, Text book of pathology.. Fifth edition: El-Nasr Modern bookshop., Cairo., 1970, pp. 73- 74.

أما الحجامة فهى اسلوب لاستخراج الدم الفاسد أو تقليل ضـــغط الدم من الراس . ويعد الكى أسلوبا علاجيا معروفا لدى البـــدو وغير البـــدو (أنظر الحجامة والكى فى الاجزء الاخير من المقال) .

(٩) احمد عيسى ، آلات الطب والجراحة والكحالة عند العرب . مطبعة مصر ، سنة ١٩٣٠ ، ص ٤ .

وقــد احتوى الطب البدوى ايضا على ما يظهــر فى العين من أشياء غريبة او يدخل فيها من أجسام صلبة . فتعالج مثلا سحابة العين أو النقطة على العين بما يسمى الجنزارة حيث يقطر منها فى عين المريض . اما الاشياء الصلبة والغريبة التى تدخل العين فيمكن اخراجها عن طريق أن يفتح المريض عينه فى ماء ساخن لفترة معينة فى الصباح . واحيانا يذيبون كمية من الملح فى هذا الماء .

ويعالج البدو ضعف النظر بالخزم . فالشخص البــالغ ضعيف النظر يخزم خلف الاذن أو بجوار العين . والطبيب الشعبى كصاحب خبــرة هــو الذى يستطيع أن يحدد فى أى منطقة يجب أن يخزم المريض . أما الاطفــال فيخزمون فى طرف الاذن من اعلى . ويفضل أن يتم ذلك فى فترة الصيف . ويبدو أن البدو يعتقدون أن سبب ضعف النظر هو وجود مرض أو ما يشبه المكروب داخل الجسم ولهذا يتوقعون أن الخزم سوف يخرج الميكروب فى صورة الصديد الخارج من مكان الخزم .

اما حول العين فهو أحد الامراض التى لم يقدم لها الطب البدوى تفسيرا او علاجا طبيعيا . ويبدو انه نظرا لان الحول يستمر مع المريض طول العمــر اذا لم يلجأ الى العلاج الطبى الحديث ــ فان البدو قد رأوا فيه صفة جسمية معيبة مجهولة السبب ولهــذا يلجأون للقوى الاعلى طلبــا للشفاء وهذا ما جعلهم يتبنون بعض الاساليب والاجراءات الغيبية للعــلاج . وعلى سبيل المثال فهم يكتبون للمريض عند المشايخ ، ويضعون الزيت فى طبق لمدة ساعة ويدعون المريض لان يحملق فيه الى أن تعود عينيه الى حالتها الطبيعية .

أمراض الانف والاذن والحنجرة :

تعالج آلام الاذن بصب مواد معينة فيها مثل الزيت بعد خلطه بالمستكة ، كما انهم يعصرون بصلة العنصل فى الاذن لاحداث نفس الاثر . أما التهــاب اللوز فينظرون اليه على انه بروز بمعنى خروج أعضــاء من مكانها ولهــذا يعالجونه بطريقة تناسب هذا التفسير وهو أن يبتلع المريض بيضة مسلوقة (بعد نزع تشرها) صحيحة وهى ساخنة . ويعتقدون أن ذلك يساعد على أن ترتد اللوز الى مكانها . وأحيانا تضع الســيدة اصبعها فى حلق المريض وتحاول الضــغط على اللوز لاعادتهــا لمكانها . غير انهم فى بعض الاحيــان يستخدمون الليمون لعلاج هذا الالتهاب .

امراض المعدة والامعاء والكلى :

يفسر البدو **التهابات المعدة** وبالذات التهاب فم المعـــدة بانه ناتج عن تناول ماكولات ساخنة ثم شرب الماء البارد بعدها مباشرة . كما يرى البعض منهم انه ناتج عن اكل الطماطم . وربما يرجع ذلك الى أن البعض يعـــانون من احساس بالالم بعد اكل الطماطم . ويقول البدو الذين يبدون هذا الراى انهم عندما كانوا يعيشون على التمر والشعير والعجور ويشربون لبن الجمال لم يكونوا يشعروا بمثل هـــذه الالام اما الان فعنـــدما عرفوا انواع الخضر والطماطم وغيرها من الماكولات التى يشتريها البدو الذين يعيشون بالقرب من المدن فان نوعية جديدة من آلام المعدة بدأوا يشعرون بها . ويعالج البدو **آلام المعدة** عن طريق شرب اللبان الدكر ويعالجون **التهاب فم المعدة** بشرب اللبن ، وينصحون المريض بالاقلال من كميات الطعام التى يأكلها . واحيانا تعالج آلام المعدة عن طريق الخرت أو الخزم .

ويعتقـــد البـــدو ان الـــذبابة هى المسبب الاساسى **للنزلات المعـــوية** ويسمونها « تيرة » . وهى تعالج بالخرت اسفل الجمجمة بجوار الاذن ، كما تعالج أيضا بالكى فى منطقة السرة .

أما **المغص** ويسمونه « لى » فهو يعالج بالنباتات والاعشاب . فيعطون المريض النعناع أو الترنفل أو الشيح فى صورة شراب ساخن . كمـــا يعالج ايضا بعشب صحراوى يسمى « جميلة » بحيث يغلى النبات ويشرب منـــه المريض . ويمكن أن يكوى المريض ايضا على البطن لعلاج المغص .

وتعالج **ديدان البطن** أيضا بالشيح حيث يغلى ويشرب منه المريض قبل الانطار . غير أن هناك علاجا آخر يتمثل فى تسخين قطعة من الدهن يشتمها المريض قبل الانطار أيضا اذ يعتقدون ان اشتمامها يؤدى الى طرد الديدان خارج الجسم .

ويعالج البـــدو **التقيؤ** الذى يسمونه « فتق » بالخرط . كما يعالجونه بالاعشاب . فعندما يشعر الشخص بالقيء عليـــه أن يشرب ماء أى نبات مغلى . أما حينما يود شخص أن يتقيأ تخلصا من اى متاعب خاصة بالمعـــدة فانه يغلى قرن الخرتيت فى الزيت ويحاول ابتلاعه فيساعده على التقيؤ .

وتعالج **الدسونتاريا** بان يغلى قشر الرمان ويشرب منه المريض .

ويأمر البدو المريض المصاب **بالاسهال** بالاعتكاف والانطـــار على تمـــر

هندى واكل العسل . وقد كانت حالات الامساك تعالج بأكل الشعير أما الان فيعالجونها بالحنضل حيث يقسمون حبة الحنضل نصفين ويفرغون ما بداخل كل نصف ثم يصبون فى القشرة الماء أو اللبن . وعندما يشربها المريض يزول الامساك بسبب أن اللبن يساعد على الليونة كما يساعد الحنضل بما يتميز به من مرارة على نظافة المعدة . أما اذا ظهر الصديد فى البراز فانهم يعالجونه بالمسهلات السابق ذكرها .

ويعالج البدو امراض الكلية ومتاعب المثانة التى يسمونها « حسرة الميه» بماء الشعير الذى يجب أن يشربه المريض كل صباح .

الكســور والجزوع :

تعالج الكسور والجزوع يدويا باستخدام بعض المواد المتوفرة فى البيئة . فالبدو يستخدمون الطفلة التى هى عبارة عن طينة صحراوية تستخرج من الابار بالذات كنوع من الجبس . وتغلى الطفلة فى الماء ويضع المجبر أربعة خشبات على الساق أو اليد المكسورة ثم يضع عليها الطفلة ويلفها بقطعة من الجلد . وعندما تجف الطفلة تصبح صلبة مثل الجبس . أما الكسر فى الجمجمة فيعالج فى الصحراء باستخدام مادة الجاوى والقرنفل والحنة .

ويعالج الالتواء علاجا يدويا أيضا فالتواء الرقبة يعالج بتدليك الرقبة بالزيت وبالملح الساخن ثم تعصيبها . ويحاول أحيانا المعالج الشعبى أن يرد الرقبة الى مكانها .

أما ما يحدث فى أى عضو من أعضاء الجسم من ملخ وما يترتب عليه من ظهور ورم فى العضو فيعالج عن طريق وضع قرطاس من الملح المشبع بالزيت على العضو المصاب . ويتم بعد ذلك اشعال طرف القرطاس ثم يغطى بكوب . ويعتقد البدو أن الدخان المتولد عن هذه العملية والذى يملأ الكوب ويتشربه الجلد يؤدى — مع الحرارة — الى « شد » العضو . بعد ذلك يقوم المعالج بتشريط الجلد حول هذا العضو بموسى حلاقة ثم يضع قرطاس آخر لامتصاص الدم .

التهاب المفاصل وآلام الظهر والروماتزم .

يفسر البدو التهاب المفاصل بتسرب المياه بين المفاصل . والعلاج هو أن يقوموا بالخرت على المفاصل بهدف تصفية المياه منها . أما آلام الظهر

ويسمونها « تك الظهر » فيعالجونها ايضا بالخرت . ويعالج البدو الروماتزم باكثر من طريقة فيعالج مثلا بالحنضل اذ تقسم ثمرة الحنضل نصفين ويربط كل نصف فى كعب المريض حتى يمتص الجلد الرطوبة . ويعالج ايضا بدفن جسم المريض فى الرمال الساخنة لمدة معينة على حسب قدرة المريض على الاحتمال . وتتكرر عملية الدفن سبعة أيام ويتناول المريض غذاءا خاصا ، وعليه أن يمتنع عن الاستحمام وعن الاقتراب للنساء لمدة اربعين يوما .

الجروح والنزيف :

تداوى الجروح عند البدو باكثر من طريقة فهم اما يضعون عليها مواد مثل الزيت والملح ، وأما يقومون بتخييطها بالسلك . ويحدث هذا على وجه الخصوص فى حالة جروح القدم اذ يرون أن القدم أكثر قدرة على تحمل ألم الخياطة . اما اذا دخل مسمار فى قدم شخص وأدى الى جرح فان الكى فى مكان المسمار هو العلاج . ويعالج البدو القطع الذى يحدث فى أى عضو من أعضاء الجسم — كالقطع الذى يحدث فى اليد — بوضع اليد فى الزيت المغلى .

ويعالج النزيف وسيولة الدم بالجاوى ، وهو نوع من البخور يصحن ويوضع على مكان النزيف ، كذلك يستخدم الكحل لنفس الهدف . وتعالج المرأة النازفة بالكى حيث تقوم بهذه المهمة إمرأة عجوز ، كما تعالج بالوخز بابرة فى أسفل الظهر . وتعطى المرأة النازفة شراب مذاب فيه السعتر والشذر والجميلة والروبية لكى يساعد على وقف النزيف . اما نزيف الانف ويسمونه « رعف الانف » فيعالج بسد الانف بالشيح ، ولكنهم يتخطون مرحلة العلاج الى الوقاية فيستخدمون مواد أخرى لترطيب الانف وحمايتها من الحرارة التى تؤدى الى تكرار النزف .

الحـروق :

يعرف البدو ثلاثة طرق لعلاج الحروق : تتمثل الطريقة الاولى فى نثر عظام الدجاج المسحوتة على مكان الحرق وتتمثل الطريقة الثانية فى نثر الزجاج المصحون على الحروق ، ويتم سحقه ثم نخله عن طريق منخل حرير بحيث يصبح ناعما مثل الدقيق ، أما الطريقة الثالثة فهى تتمثل فى أن يدهن مكان الحرق بعجينة مكونة من الجير الابيض المطفى بعد اضافة بيض نيء

وزيت اليه . ويستمر المريض فى استخدام هذا العلاج الى أن تظهر قشرة على مكان الحرق .

الحمى والامراض الوبائيـة :

يطلق البدو على أى ارتفاع فى درجة الحرارة كلمة « حمو » . وهى تعنى حمى . ويفرقون بين اربعة أنواع من الحمى هى حمى الهواء وحمى الشمس والحمى السيوى وحمى البحيرة . وتعالج الحمى بصفة عامة بأن يرتدى المريض الملابس الثقيلة ويشرب شربة السعتر . وعندما يعرق يكون قد شفى تماما وذلك بسبب أن الهواء هو الذى يؤدى — فى نظرهم — الى ظهور الحمى . وتعالج الحمى السيوى بصفة خاصة بالخرت اذ يعتقـدون انها تنتج عن الـذباب المنتشر فى واحة سيوة ، ويتم الخـرت على الوريد الموجود اعلى بز القـدم وأحيانا خلف الرقبة . اما حمى الشمس فتعـالج بالوخز بالابر . ويقـال أن البعض يعالجون الحمى بتدليـك جسم المريض ببصل وكيروسين معا وأحيانا عن طريق الكى بمسمار . ويستخدمون هذا بصفة خاصة فى علاج حمى **التيفود** . اما **انخفاض درجة الحـرارة** فيعالج بدهن جسم المريض بالخل . ويسمى البدو **السل** « برجيك » ويعتقدون أن الاعراض هى آلام فى القلب والزور . ويطبخون للمريض كلب صغير حديث الولادة « سحل » ويأكله المريض دون أن يعلم انه يأكل لحم كلب لئلا يقاوم ذلك . ويرجع البدو **مرض الصفرا** الى الخوف أو الخضة او الفزع ، ويرون أن العـلاج يجب أن يرتبط بخوف او فزع مماثل . ويعـالجونه بالكى على الرسغ وأسفل الكتف . ويتم الكى عن طريق بوصة تحـرق وتكبس على العظمة ثم يشرط ثلاث مرات على الكتفين بحيث يستمر النزيف المتسبب عن التشريط سبعة ايام . كما أن الصفرا تعالج ايضا بالخزم فى فم المعدة . ويوجد عـلاج ثالث للصفرا يتمثل فى تناول زيت حبـة البركة وأكل الكركم المحشو داخل دجاج . وعند ظهور اعراض **الحصبة** فى جسم المريض تكحل العينين ويلبس المريض ملابس حمراء ويغطى بغطاء لونه أحمر ويمنع عن الهواء . ويقول البدو أن اللون الاحمر يعنى أن الميكروب يميل الى الحمـار ولذلك فان لبس الاحمـر معناه « أننـا ندعو الميكروب الى الخـروج من الجسم » . ويركز البدو على العسل الاسود فى عـلاج الحصـبة فيعطونه للمريض ليشربه كما يعطونه له فى صورة حقنة شرجية . وهم يحذرون من استخدام الحقنة الشرجية المكونة من الماء والصابون اذ يرون أن ذلك يمكن أن يؤدى الى موت المريض والى انفجار المصران . والبعض يرى أن مريض الحصبة اذا استحم فى البحر فانه يبرأ من مرضه .

الامراض الجلـــدية :

استطاع البدو التمييز بين الامراض الجلدية المختلفة . فهم يعــرفون **الالتهابات الجلدية** ويطلقون عليها « حــرارة الجلد » . ويعالجونها بوضع خلطة على الالتهاب مكونة من لبان دكر وزيت بعد اتمام عمليه الغلى . أما **تهيج البشرة الشديد** وتهيج **القدمين** فيعالجونه بوضع السمن المخلوط بالحلبة وقليل من الملح على المكان المصاب ويعالج تشقق القدمين بطريقتين : الاولى هى أن يدهن التشقق بشحم الحيوان بعد تسخينه وإذابته ، والثانية هى خياطة مكان التشقق بالسلك . ويسمى البدو **القشف** « بالكشف » ويعالجونه بطريقتين أيضا طريقة طبيعيه والاخرى غيبيه . فهم يغلون الكبريت المخلوط بالزيت ويدهنــون به المريض عدة مرات الى أن يشفى وهم أيضـــا يذهبون بالمريض الى من يكتبون له كتــابة ليشفى . ويقول البــدو أنهم يعـــالجون الجربه عن طريق دهان المنطقة المصابة بزيت محرك السيارات . اما **الجرب** المنتقل من الحيوان الى الانسان فهو يعالج بالكبريت مثل القشف بالكبريت والزيت . ويلاحظ أنهم يعالجون جرب الحيوان بنفس الطريقه (١٠) . أما **النمش** فيظهر على الوجه ويســمونه « عجــرة » فهم لا يعــرفون له سببا وبالتالى فان علاجه يتم بطريقه غيبيــة . فهم يلجأون الى أحــد الكبار لكى يكتب له ورقه يتم الشفاء عن طريقها . ويقولون أن استمام المريض للرائحة المنبعثه من حرق عين الجمل تؤدى الى الشفاء ايضا . ويفسر البدو **الاصابة بالصلع** تفسيرات عديده . فيعتقدون أنه ينتج عن كثرة التفكير أو كثرة وضع اليد على الرأس أو تغطية الرأس أو سوء التغذية . ويعالج الصلع بالبخات وشحم السيارات . ما **قشور الرأس** فهى تعــالج بزيت الزيتون . وقــد استطاع البدو أن يميزوا بين أنواع **التقرحات** المختلفه وأوجدوا لكل نوع من التقرح علاجا خاصا . فتقرح العين يعالج بالجنزارة ، والتقرح النــاتج عن نوم الفراش ويسمونه « الحنط » يعالج بالحنه مع الشزر حيث يخلط الاثنين معا وينثرون المسحوق على الجزء المصاب ، ثم يضاف الملح الى هذا الجزء لازالة العفونة . ولكل من **الحبوب والدمامل والخراريج** عــلاج أيضـــا عند البدو . فيسمى البدو **الحبــوب** التى تظهــر فى أجزاء مختلفـــه من الجسم

---

(١٠) يبدو أن استخدام الكبريت لعلاج الجرب يعد نوعا من العـــلاج المعروف فى مصر بصفة عامه . فقد ذكر أحمد أمين أن هذا المرض يعالج فى مصر بكبريت العمود حيث يدقونه أحيانا ويضعون عليه السكر ويتعاطونه . وبعضهم يجعل من مسحوقه مرهما . أنظر أحمـــد أمين ، قاموس العادات والتقاليد والتعابير المصرية ، القاهرة سنة ١٩٥٣ ، ص ١٣٥ .

« الثلال » ويعالجونها بالحرق بكبريت اصفر . اما بثور الوجه ويسمونهـا أيضا « عجرة » فلا يعرفون لها سببا ولا يوجد لها علاج فهى تظهر وتختفى دون علاج . كمـا انهم يضعون البصل السـاخن على أى جزء من الجسم يعتقدون أن به صديد بهدف استخراج هذا الصديد خارج الجسم . ولعلاج الدمامل يضع البدو لبخة السـعتر والبصل أو لبخة الشـيح على الجـزء المصاب . كما أنهم يذبحون القنفذ ويسمونه « قنفوذ » ويضعون اجزاء من لحمه على المكان المريض اذ يعتقدون ان ذلك يساعد على فتح الدمل وشفاء المريض . ويسمى البدو الخـــراج « حسيسة » ويرون ان الخـراج شىء طبيعى يظهر فى الجسم من الله ، ويعالجونه بالسعتر سواء كان فى صورة شراب « شربة سعتر » أو فى صورة لبخة حيث يخلطون السعتر بالبصـل ويضعونها على الخراج . ولا يجب على المريض ان يجامع النساء فى هـذه الفترة لئلا يتغلب عليه المرض .

الامراض النفسية والعصبية والاغماء :

يعتبر مجال الامراض النفسية والعصبية هو مجال العلاج الغيبى بصفة أساسية مهما تنوعت طرق العلاج . وسوف يتضح لنا ذلك من مجرد ذكـر أمثلة لامراض معينة منتشرة عند الجماعات الصـحراوية وكيفية علاجها . وعلى سبيل المثال فهم يعالجون حالات التشنج باللجوء الى المعالج الشعبى نظرا لاعتقادهم فى ارتباط هذا المرض بالارواح . ويعالجون الشخص المصاب بالأرق ويسمونه « مربوح » والشخص الذى يسير اثناء النوم بنفس طريقـة علاج التشنج . اما الجنون فيعتقدون أن الجان هم الذين يسببونه لهـذا يذهبون بالمريض الى رجل صالح يستطيع ان يعرف طلبات الجان . وعلى المريض أن ياتى بها بنفسه لكى يشفى . ويعالج البدو المريض الذى يعانى من « الكابوس » بالتبخير بالبوكيرة والجاوى وكناسة العطار . ولكن لا يجب نعتبر أن جميع الامراض النفسية والعصبية ليس لها الا العـلاج الغيبى . فالبدو يعرفون ايضا بعض انواع العلاج بالاعشاب وباستخدام مواد أخرى لهذا النوع من الامراض . وعلى سبيل المثـال فالشخص المصاب بدوار أو اغمـاء يعالجونه باطلاق البخور الذى يشتم رائحته الشـخص فيرجع الى وعيه . كما انهم يستخدمون الماء والنعناع والينسون للافاقة . ويرى البدو أن لكل فرد طبيعته الخاصة لهذا فافاقة كل شخص من الاغماء تتطلب طرقا تختلف من شخص الى آخر خاصة اذا حدث الاغماء نتيجة صدمة . ويعالج البدو التعب والوهن والاحساس الدائم بالهزال والارهـاق وما يرتبط به من احساس بتعب الاعضاء والمفاصل وعدم المقدرة على رفع الاشياء الثقيلة بالخزم عند المفصل . ويجب فى هذه الحالة الا يتجاوز الخزم منطقة الجلد .

واذا لم يتم شفاء المريض بعد اول خزم فيعاد الخزم فى مكان آخر اذ أن ذلك دلالة على أن الخزم لم يتم فى مكانه الصحيح . أما حالة **تنميل الاعضاء** فتعالج بطريقتين : الاولى أن يبصق المريض على العضو الذى أصابه التنميل ، والثانية إن يدهن العضو الذى اصابه التنميل بدهن النعام . ويتبع هذا العلاج فى حالات شد الاعصاب ايضا . اما **فقدان الشهية** فيعالج بتناول الشيح .

الامراض المتعلقة بالحمل والولادة :

تتخصص بعض البدويات المسنات فى عملية التوليد ، وهن غالبا لا يتقاضون أجرا مقابل ذلك . ويعالج **عسر الولادة** بالطرق الروحية وبالاعشاب والنباتات . فتتناول المرأة المتعسرة الماء بعد أن تذاب فيه ورقة كتبها المعالج الشعبى . ويتم تبخير المكان الذى تلد فيه المرأة . كذلك تشرب المرأة المتعسرة السعتر بعد غليه فى الماء . وقد ذكر أحد الاخباريين أنه فى حالة موت **الجنين داخل رحم أمه** فيتم ادخال موسى فى الرحم وتقطيع الطفل الميت ثم اخراجه . واشار هذا الاخبارى الى ان الزوج هو الذى يجب أن يقوم بهذه العملية ، ولكن نظرا لان معظم الازواج لا تتوفر لديهم الخبرة ولا الشجاعة الكافية فان الداية هى التى تقوم بها . وفى حالة **تأخر نزول الخلاص** بعد الولادة تدلك الداية بطن الوالدة . وبمجرد نزول الجنين دائما يتم تكحيل أعين البنات . واذا نزل الجنين ولم يصرخ فان **« نفسه يكون مكتوما »** لهذا يكسرون بصلة ويقربونها الى انفه او يدلكون أنفه بها الى أن يسمعون صوته . ويعالج البدو **العقم** بعمل لبوس فى شكل قمع من نبات الشيح وتضعها السيدة فى الشرج حتى الصباح . ولا يجب أن يجامعها الرجل فى هذه الحالة ثلاثة أيام . كما يعالج العقم أيضا بالخزم أسفل البطن على الجانب الايمن أو الايسر أو بالكى على الشرج .

اللدغ والقرص وعض الحيوان :

توضح طريقة علاج لدغة العقرب أن البدو يدركون السبب الحقيقى للاذى الذى يحدث ، فهم يدركون أن السم ينتقل من العقرب الى الانسان ويعالجونه بنفس السم . فهم يأتون بنقطة من سم العقرب وتوضع على مكان اللدغة ويحاولون اخراج السم من الجسم عن طريق حك مكان اللدغة حكا شديدا بقطعة من الفضة والضغط عليها حتى تخرج السم . ولا يتأكدون من تخلص الجسم من السم الا عندما يشاهدون الدم يخرج من الجسم بعد

السم . وهم يعالجون أيضا لدغ العقرب بالكى بواسطة قطعة من الكاوتشوك المحروق ، ويعتقدون أن ذلك يؤدى الى افساد وتوقف مفعوله . كما يعتقدون أيضا أن امعاء الحيوان تؤدى الى افساد مفعول السم لهذا يذبحون طير من الطيور يكون صغير السن وتؤخذ أحشائه بمجرد ذبحه وهى ساخنة وتوضع على المكان الملدوغ . ويرى البدو أن اللدغة الاولى فقط هى اللدغة الضارة ، أما اذا لدغ الشخص مرة ثانية أو ثالثة فلا يصاب بأذى اذ يكون قد اكتسب مناعة ضدها . اما **قرصة الثعبان الطريشة** (وهى احد انواع الزواحف تشبه الثعبان ويسميها البعدو « لفعة ») فهم يعالجونها أيضا بتشريط مكان القرصة أو وضع بيضة نيئة مفتوحة فتحة صغيرة على مكان القرصة . ويميز البدو بين **عضة الكلب المسعور** وغير المسعور . وتعالج عضة الكلب المسعور بالكى وباستخدام مواد أخرى معه . فهم يأتون مثلا بسبعة عيدان من نبات يسمى « الرتم » ينبت فى الوديان وفى واحة سيوة ويحرقونها ويستخدمونها فى كى العضة . كذلك فهم يأخذون جزءا من شعر الكلب المسعور ويغلونه فى كمية من الزيت ثم يوضع على العضة وهم يشترطون الا يستحم المريض ولا يقترب من النساء أربعون يوما . أما **عضة الكلب غير المسعور** فتعالج بطريقة ساذجة وهى « ضرب مكان العضة بالبلغة » . ويقال أن هناك عائلة تسمى **القرجان** فى ليبيا تتخصص فى علاج عضة الكلب . وتعالج **عضة القطة** بنفس الطريقة .

امراض ومتاعب أخـرى :

هناك بعض الامراض والمتاعب الاخرى التى يعانى منها البدو وحاولوا ايجاد أنواع من العلاج لها . ومن هذه الامراض **العاهات** . ولا يوجد لدى البدو أى علاج لمعظم العاهات التى يصابون بها . فهم لا يعرفون مثلاً علاجا للعمى ولا الصمم أو ضعف السمع . ونظرا لعجز ثقافتهم عن تقديم العلاج فهم يلجأون الى العلاج الغيبى فهم يذهبون بمرضاهم العمى والصم والشلل الى المعالجين الشعبيين .

ونفس الامر بالنسبة **للضعف الجنسى** فهم يعالجونه علاجا غيبيا . ويقول أحد الاخباريين أن البدو لم يكونوا يعرفوا الضعف الجنسى ولكنهم أصيبوا به وانتشر بينهم نتيجة شرب بعضهم من مياه النيل . ويلجأ البدو الى المعالج الشعبى حيث يكتب للمريض كتابة معينة على قطعة من الحديد يقوم المريض بتسخينها ثم التبول عليها ليكون البخار المتصاعد من الحديد الى جسم المريض المتبول بمثابة حمام يساعد على شفائه . وهم يعالجون الزهرى بالكى والخزم ويقوم بهذه العملية طبيب شعبى متخصص.

وقد حاول الطب البدوى تقديم علاج لمدمن الخمور فهو لكى يتخلص من عادة الادمان عليه أن يأكل السعتر والبيض فى الصباح ثم يربط على ظهره شال ويخزم فى ظهره لمدة ثلاثة أيام .

اما بلع الشخص لاجسام غريبة فيعالجونه بأكل مواد جامدة اذا كان الجسم الغريب قد توقف فى الزور او المرىء وذلك لكى ينزلق الى الامعاء . أما اذا انزلق الى الامعاء فهم يدركون أنه سيخرج مع الفضلات لهذا لا يقومون باى اجراء علاجى .

ويعالج عرق النســاء بالكى على قصبة الرجل من الجنب . ويقــال أن هناك علاجا جراحيا يتضمن قطعــا فى جــانب من الركبة ثم كبس القطع وتضميده .

ويعتقد البدو ان الكيس الدهنى ينتج عن عدم قدرة الجسم على افراز الدهنيات فتتجمع فى مكان واحــد . ويعالجونه بشرب الحليب واكــل البلح وعيش الشعير بكثرة اذ يعتقدون ان هذه المواد تساعد على الهضم وبالتالى تؤدى الى عملية تصريف الدهنيات . وأحيانا يتم العلاج عن طريق الكى على وريد بجانب الكيس . أما اذا كان الكيس الدهنى فى العين فلا يتم العــلاج بالكى على الاطلاق خوفا على العين .

ويعالج ضغط الدم بشراب ورق الزيتون ، كما تعالج الزغطة ويسمونها « اجنجلى الجنجومة » بأن يشرب المريض زيت الزيتون فى الصباح .

طبيعة وخصائص النسق الطبى الصحراوى :

يمكننا من خلال دراستنا لاساليب الطب والعلاج فى الصحراء الغربيــة أن نتعرف على نوعية الطب السائد بها وخصائصه . ويتم ذلك من خــلال موضوعين همــا :

١ — عناصر النسق الطبى الصحراوى :

تشير المادة التى تم جمعهــا عن الامراض وعلاجهــا الى أن مكونات وعناصر النسق الالطبى الصحراوى هى :

(أ) طب النباتات والاعشاب والمواد واجزاء الكائنات البيئية : فالطب البدوى يستخدم كل ما هو متوفر فى البيئة من امكانيات ومواد ونباتات كأساليب

للعلاج . فهم يستخدمون النباتات والاعشاب المتوفرة فى البيئة التى يعيشون فيها أو فى البيئات التى يمتد اليها تجوالهم ، فهم يستخدمون الشعير والفلفل الاسود وقشر الرمان والشيح وورق الزيتون وثمار الحنظل كعلاج . ويلاحظ أنه اذا كان لكل عشب استخدام خاص الا ان العشب أو النبات الواحد قد يستخدم فى علاج أكثر من مرض ، مثل الشيح الذى يستخدم فى علاج أمراض كثيرة وفى نفس الوقت فان المرض الواحد أحيانا يستخدمون فى علاجه أكثر من عشب او نبات . ويستخدم البدو أيضا **المواد السائلة والصلبة فى البيئة** فى العلاج ، فالرمال الساخنة تستخدم لعلاج الروماتزم ، ويستخدم الماء الساخن كمطهر للجروح . ويستخدم الطب البدوى **الكائنات الحية — خاصة الحيوانات —** أو أجزاء منها فى عملية العلاج كاستخدام لحم القنفذ وشحم الماعز ودهن الحيوانات الاخرى . ويلاحظ ما يأتى :

* أن البدو يستخدمون المواد المتوفرة فى البيئة سواء كانت فى صورتها الخام أو عن طريق تحويلها أو خلطها بمواد اخرى وهذا يعكس وعيا بضرورة استخلاص المادة الفعالة من النبات أو غيره كما انه يعكس وعيا ايضا بأن النبات الواحد أحيانا لا يحتوى على كل المواد المطلوبة للعلاج : أو انه بصورته الخام غير صالح للاستخدام . ويوضح ذلك اللبخات العديدة التى تضاف فى صنعها مواد الى بعضها .

* مكنت الخبرة طويلة المدى البدو من التأكد من فاعلية مواد معينه فى مقابل عدم فاعلية مواد أخرى متوفرة ، فلم تكشف هذه الدراسة الميدانية أن البدو قد استخدموا البول أو اللعاب أو الروث أو بقايا الطعام أو الدم فى اعدادهم للبخات كما يحدث فى ثقافات أخرى . ونود أن ننوه الى أن ذلك لم يحدث حتى فى حالة العلاج الغيبى الذى يكثر فيه استخدام أجزاء أو بقايا من جسم الانسان .

* يعمل البدو على تركيز المادة التى يعتقدون فى فاعليتها وتوصيلها الى الجسم بأكثر من طريقة . فهم يحرصون مثلا على أن يشرب المريض الذى يعانى من خراج شراب نبات السعتر وفى نفس الوقت يستخدمونه فى صورة لبخة .

(ب) طب العمليات : لا يقتصر الطب البدوى على العلاج الدوائى بالاعشاب والمواد الاخرى أنما يمتد الى ما يمكن أن نطلق عليه طب العمليات . ولا نعنى بهذا العمليات الجراحية لانه من الصعب أن نقرر أن البدو يعرفون الجراحة بالمعنى المتعارف عليه ولكن يمكن أن نسميها عمليات علاجية . وأهم هذه العمليات **الكى** ويتم الكى عن طريق تسخين مسمار من الحديد و بوصة

او قطعة من الكاوتش . فكل نوع يستخدم فى مرض معين ، واحيانا يتم الكى على الجزء المصاب واحيانا فى مكان آخر ولكن بصفة عامة فان لكل مرض مكان يكوى عليه المريض .

* ويلاحظ أن الكى يستخدم فى علاج امراض كثيرة يتم علاجها عن طريق الاعشاب أو غيرها ويبدو انه عندما لا يجدى العلاج العشبى فانهم يلجأون الى الكى كوسيلة يعتبرونها فعالة (١١) .

* أن البدو يدركون ولكن بطريقة غامضة أن الكى هو عملية اثارة لجزء معين من الجسم تبطل اثر الالم والاحساس به فى الجزء المصاب بالمرض . فقد ذكر بعض الاخباريين ما يشير الى ذلك . ومن المعروف أن وجهة النظر العلمية تقرر أن فكرة العلاج بالكى ترتكز على احداث الم اشد من الالم الاصلى فيبطل الاحساس بالالم الاصلى . وترتكز أيضا على نظرية فسيولوجية وهى أن مراكز الاحساس فى المخ تتأثر بأنواع الالم الشديدة of higher Theshoald وتهمل أنواع الالم الاقل شدة of lower Threshoald ويؤكد ذلك عودة الاحساس بألم المرض الاصلى بعد زوال الم الكى .

وتعتبر عملية **الخزم أو الخرت** هى ثانى العمليات الهامة فى العلاج البدوى . ويصل اعتقاد البدو فى فاعلية الخزم الى أنهم يحكون عن اشخاص فشل الطب الحديث لكنهم عولجوا بالخزم وكان الشفاء بذلك محققا . ويعالج البدو أمراضا عديدة بالخزم ، ومثلما يحدث فى الكى يحدث أيضا فى الخزم أنهم يعالجون بالخزم أمراضا يعالجونها أساسا بالعلاج العشبى أو الغيبى أو غيره . ويتم الخزم بالنسبة للرجال والنساء على السواء غير أنه عادة ما تقوم سيدة بخزم النساء اذا كان الخزم يتم فى مناطق حساسة من الجسم . وقد بدأ البدو يدركون أهمية تطهير الابرة التى يخزمون بها بالنار قبل استخدامها .

وتعد **الحجامة** هى ثالث العمليات الاساسية التى يقوم بها البدو سواء

---

(١١) ينتشر عند جماعات عديدة غير البدو الاعتقاد فى فاعلية الكى خاصة فى الامراض التى يعجز عن شفائها الطب الحديث . وتشير العبارة القائلة « آخر الدواء الكى » الى صعوبة وقسوة هذا النوع من العلاج ، كما تشير أيضا الى أنه يمكن أن يكون الدواء النافع بعد تجريب أنواع أخرى من العلاج . انظر أحمد أمين : المرجع السابق ، ص ١٨٠ .

لتقليل ضغط الــدم فى الرأس أو فى استخراج الدم الفاسد . وتتم عمليــة الحجامة عن طريق أن يؤتى بقرنين بقرة ويوضعوا خلف الرأس بعد حــلاقة الرأس من الخلف ، ويضــغط بالقرنين على الرأس من الخلف عن طــريق « ضغط الهواء » ثم تشرط الرأس ويمتص الدم الخارج منها .

ويقوم البدو بعمليات أخرى مثل تجبير الكسور عن طريق الاخشــاب والاربطة . وتؤخذ الاخشاب من الشجر ويسوى سطحها وطرفيها بالموسى . كما تصنع الاربطة من الاقمشة وجلد الحيوان ويعمل لها « ابزيم » بحيث أن البدوى يجبر الكسر أولا بالطفلة البــديلة عن الجبس ثم يلف حولهــا أربطة الاقمشة ثم تحبك بعد ذلك بالسيور الجلد .

وقد عرف البدو أيضا عمليات خيــاطة التشققات والجــروح بالسلك والوخز بالابر فى بعض الامراض . وتشير ندرة المــادة المتوفرة عن الوخز بالابر بالذات الى أن هــذا النوع من العــلاج ليس مستخدما على نطــاق واسع عند البدو .

(ج) الطب الجــراحى : لا يعرف البــدو الجراحة ولا توجــد لديهم عمليات جراحية أساسية كما سبق وذكرنا . ويرجع عدم قدرة الطب البدوى على تنمية نسق جراحى مثل ذلك الذى ارتبط بالعلاج العشبى بسبب جهل البــدو بالتشريح وضعف الامكانيات وتخلف الادوات الطبية وعزلة المجتمع الذى لم تتح الفرصة الاحتكاك بأى نسق طبى منتظم . ويؤكد مختلف الحبراحة لدى البدو أن الامراض التى تحتاج الى عمل جراحى تعالج بطرق بعيدة تماما عن الجراحة . وعلى سبيل المثال يعالج البدو البواسير بثلاثة طرق . الاولى هى الخزم على جانبى البطن ، والثانية عن طريق وضع لبوس مصنوعة من لباد نبات الحنضل فى شرج المريض ، هذا مع تغيير نوعية الغذاء اذ يجب أن ياكل المريض العصــيدة المكونة من الشعير والسعتر مع تنــاول العسل فى الصباح الباكر . أما الطريقة الثالثة فيمكن أن نسميها الطريقة البــدوية . نظرا لانهم يرون بعض حــالات البواسير تخرج فيهــا الاوردة من الشرج فالعلاج يكون عن طريق ارجاع هذا الجزء الى مكانه ، ولهذا يطلبون من المريض أن يجلس بكل ثقله على وتد كل صباح : وكما يقولون « علشان اللى نازل منه يطلع » . ومن الطبيعى أن مختلف انواع العلاج البدوى لا تتطرق الى الجراحة على الاطلاق . أكثر من ذلك فان الفتق والمصران الاعور اللذان يتطلبان فى غالبية الاحيان عملا جراحيا يعالجان بالكى والخزم عند البدو . ولا نكاد نجد عند البدو الا عمليات جراحية بسيطة مثل خياطة الجروح وعملية أخــرى يقــومون فيهــا بقطع الجزء المواد قطعه بسكين خاص بــذلك

ثم يحرقون نبات نيطوط العنصل ويصحنونه ويضعون مسحوقه على الجرح الى أن يشفى .

(د) الطب الغيبي : اتضح لنا من المناقشة السابقة للامراض وطـرق علاجها أن الاجراءات الغيبية سواء كانت دينيـة او غير دينية هى احـد الاركان والمكونات الاساسية للعلاج البدوى . ويمكننا أن نميز بين انواع العلاج الغيبى التى ترتكز على معتقدات دينية وتلك التى ترتكز على معتقدات غير دينية ، وكلا النوعين من الاجراءات العلاجية لهما وجود فى الثقافة الطبية البدوية . فالبدوى يعتقد فى فاعلية زيارة الاضرحة والتبرك بترابها وتقـديم التقدمات والنذور طلبا للشفاء . كما يلجأ ايضا الى اساليب غيبية مثل البصق على مكان مصاب أو ضربه بالحذاء عدة مرات .

٢ ـ طبيعة وخصائص النسق الطبى الصحراوى :

يمكن صياغة طبيعة وخصائص الطب الصحراوى فى النقاط الاساسية الاتيـة :

(أ) ترتبط الامراض السائدة وطرق علاجها أشد الارتبـاط بالبيئـة والثقافة السائدة :

ولعل ذلك يثبت الفرض الـذى انطلق منه الاتجاه الايكولوجى الذى أشرنا اليه . فمن جهة تأثير البيئة على الامراض السائدة ، فالبيئة الصحراوية أتاحت فرصة لوجود نوعيـة من الامراض ترتبط بالوجود فيهـا مثل أنواع الامراض الجلدية التى تنتقل من الحيوان للانسان وتنتشر عن طريق عمليـة التنقل . كذلك فان هناك أمراضا اتضح أن البدو لا يعرفونها على الاطلاق . كما أن العزلة الجغرافية للبيئة الصحراوية تؤدى بهم الى أن يظلوا فقـراء فى اكتساب المعرفة الكافية بالامراض التى تصيبهم . فقاموس اللهجة البدوية يخلو تماما من أى كلمات تعبر عن أمراض مثل السكر والسرطان والروماتزم والكوليرا ، ويقرر البدو انهم لا يصابون بها . والواقع أنهم يمكن أن يصابوا بها لكنهم لا يدركون ذلك . كذلك فان اصابات مثل الاختناق عادة لا تحـدث عند البدو بسبب أن المسكن البدوى (الخيمة) عادة ما تكون تهويتها كافية لان تحول دون حدوث الاختناق . أما من جهة تأثير البيئة على نوعية العلاج فقد اتضح لنا من طرق العـلاج ومن الجزء الخاص بالعمليـات الطبية أن امكانيات البيئة تتحكم تماما فى مواد العلاج وطرقه وفى نوعية الادوات الطبية المستخدمة . وفيما يتعلق بتأثير الثقافة السائدة فانه يتضح بجلاء فى عملية

تفسير المرض . فالثقافة تضع قيودا واضحة على امكانيات الوصول الى تفسير سليم للمرض . اتضح ذلك من التفسيرات التى قدمناها والتى تشير الى غياب المعرفة الطبية الامر الذى يؤدى الى استنتاجات تتعلق بالظواهر الجسمية والنفسية التى تظهر على المريض . وبالاضافة الى ما ذكر فان مرضا مثل تضخم الغدد يفسره البدو بانه انفلات احد الاوردة . كذلك يظهر غياب المعرفة الطبية فى عدم تمكن البدو من علاج بعض الامراض على الاطلاق مثل العاهات واللعثمة وغيرها . ويتضح لنا ايضا تاثير الثقافة على الطب فى نوعية الادوات الطبية المستخدمة ، ذلك ان فقر وبساطة الثقافة المادية فى المجتمع البدوى لم تساعد الا على وجود ادوات طبية بسيطة وعلى صنع مساعدات طبية بسيطة ايضا لا تتعدى مجـرد تسوية اخشاب للتجبير أو تجهيز بعض الجلود الحيوانية لنفس الغرض .

(ب) ترتبط نوعية العلاج فى معظم الاحيان بطابع التفسير :

تؤكد دراسة الطب البدوى فى الصحراء الغربية القـاعدة التى أكدتها دراسات اخرى وهى أن نوعية تفسير المرض ترتبط بنوعية العلاج . فحينما يكون التفسير طبيعيا يكون العلاج عن طريق أساليب طبيعية مثل استخدام المواد والاعشاب والنباتات . وحينما يكون التفسير غيبى فان العلاج يكون غيبيا أيضا . فتفسير المرض بأنه مس شيطانى يتطلب اجراءات روحانيـة للشفاء . وتوضح قائمة الامراض وعلاجها عند البدو ذلك فحينما فسر البدو التهاب المفاصل على أنه وجود ماء بين المفاصل كان العلاج بالكى يهدف الى تصفية الماء من المفاصل (كما يعتقدون) . وعنـدما أعتقدوا أن الصـفرا تتسبب عن الخضة أو الفزع عالجوها بشىء مماثل . ومادام الكيس الدهنى ناتج عن عدم قدرة الجسم على تصريف الدهنيات فالمريض يجب أن يأكـل ما يساعده على تصريفها ولكن يجب أن نلاحظ انه فى أحيـان قليلة لا يتفق التفسير مع طابع العلاج . فقد عرف البدو تفسيرا طبيعيا للمرض فى بعض الاحيان ولكنهم عالجوه غيبيا . يحدث ذلك على وجه الخصوص فى الامراض المستعصية والمزمنة التى لا يجدون لها علاجا فيلجأون الى الغيبيات . وهذا يحدث فى ثقافات عديدة متحضرة وغير متحضرة .

(ج) يقوم الطب البدوى على النزعة المادية واحـداث الالم فى العملية العـلاجية :

ترتكز فلسفة العلاج فى الصحراء على أهمية رؤية اشياء مادية داخلة الى الجسم أو خارجة منه . وهذا هو دليل لمكانية ترك المرض للجسم واتهام

الشفاء . فلا يستطيع البدوى ادراك جدوى العلاج دون اثارة حسية ودون مشاهدة دليلا ماديا . فهو لا يقتنع مثلا باشعاع غير مرئى يمكن أن يتفاعل مع خلايا الجسم . لهذا كان الكى والخزم وما ينجم عنهما من تورم الجسم وخروج الصديد من اقوى انواع العلاج . وحتى فى حالات العلاج الغيبى فهم يطلبون دليلا ماديا مثل ورقة يتم كتابتها وتعليقها على الجسم . ويرى البدو ايضا أن حدوث الالم الشديد دلل على فاعلية العلاج ، ولعل هذا ما يشجعهم على احتمال آلام العلاج القاسى مثل الكى او الخزم او الوخز بالابر أو الجلوس على وتد . وما ينتج عن ذلك من متاعب جسمية تستمر فترة طويلة . وفى بض انواع الخزم فى مناطق اكثر حساسية فى الجسم يسأل الطبيب الشعبى المريض هل يحتمل الخزم او الكى وعادة يجيب بالايجاب . أن رؤية الدليل المادى مثل افراز الصديد من الجسم مع وجود فكرة ارتباط الالم الشديد بفاعلية العلاج لهما عاملان مساعدان على استمرار الاساليب التقليدية على الرغم من حدوث مضار عديدة لبعض الذين خضعوا لهذا العلاج وخاصة عملية الخزم .

(د) لا توجد حدودا فاصلة بين العلاج الطبيعى والغيبى .

يتضح من علاج كثير من الامراض أن البدو يجمعون بين العلاج الطبيعى والغيبى فى نفس الوقت . وقد اشرنا فى النقطة الخاصة بارتباط العلاج بطابع التفسير الى أن العلاج الغيبى احيانا يلى تجريب العلاج الطبيعى . ولكن فى بعض الاحيان يتضح أن البدو يجمعون بين النوعين من العلاج . وعلى سبيل المثال فالبدو يجمعون فى علاج عضة الكلب بين النوعين من العلاج . فالمريض يعالج بالكى وباضافة مادة من جسم الحيوان المسبب للمرض ولكن يشترط فى نفس الوقت ان تكون اعواد النباتات التى يعالج ايضا بها المريض سبعة ، ولعلنا ندرك أن الرقم سبعة هو أحد الارقام الهامة التى تستخدم فى طقوس جماعات عديدة يكتسب فيها هذا الرقم مسحة قدسية . ويتضح لنا أن البدوى يجمع — حتى على مستوى الادراك — بين هذين النوعين من العلاج عندما يقول « أن النباتات لها طبيعة علاجية ولكن هذه الطبيعة منحها لها الله » .

(هـ) يتصف الطب البدوى فى قليل من الاحيان باللامنطقية فى التفسير والعلاج :

فبعض أنواع العلاج لا يمكن أن تتسم بالمنطقية مثل ضرب مكان الكلب « بالبلغة » أو البصق على المكان المصاب . ويمكن أن نجد تفسيرا — اذا

جاز ذلك — يجعل من هذا السلوك سلوكا مبررا من وجهة نظر الثقافة . فمن الجائز انه نظرا لادراك المجتمع أن عضة الكلب غير المسعور ليس لها ضرر مثل عضة الكلب المسعور ولهذا لم تحرص الثقافة على ابتداع أسلوبا فعالا للعلاج ، ولكن نظرا لان الشخص يحتاج الى ان يقوم بأى اجراء يشعر من خلاله بأنه فعل شيئا مضادا للعضدة لهذا قدمت له الثقافة مجرد ممارسة صورية بهدف ان تحدث اثرا نفسيا وهميا لدى البدوى . ويمكننا ان نجد الكثير من الوان السلوك العلاجية والوقائية فى ثقافات متعددة تشبه هذا النوع من العلاج الصورى .

(و) لا يقتصر الطب البدوى على العلاج بل يمتد الى الوقاية :

يدرك البدو مسألة العدوى ولديهم بعض الاجراءات الوقائية . وعلى سبيل المثال يتم عزل المريض المصاب بالجدرى (١٢) ، وللوقاية يأتى البدوى « بسلكة » ويغرزها فى الميكروب (الصديد الذى يكون بجسم المريض) ثم يخدش بها أجسام أهله وأقربائه كنوع من التطعيم ضد المرض .

تطبيقــــات :

لا يمكن أن تجرى دراسات ميدانية ولا تتضمن اشارة الى الجوانب التطبيقية . وسوف نشير هنا الى ثلاثة أنواع من التطبيقات . تطبيقات تتعلق بمجتمع الدراسة ، وتطبيقات تتعلق بالمشتغلين بالعلوم الاجتماعية ، ثم تطبيقات تتعلق بالصحة .

أما من جهة **التطبيقات التى تتعلق بمجتمع الدراسة** فانه اتضح لنا أن هذه البيئات يمكن أن تكون مجالا لانتشار أمراض نوعية وطرق علاج متميزة . ولا يقتصر الامر على منطقة الصحراء الغربية فقط بل يمتد الامر الى البيئات المتشابهة ، وقد ذكر الدكتور الهادى مثلا أن العقم قد انتشر بين احدى قبائل

---

(١٢) أشار عبد الجبار الراوى الى وجود نفس هذه الظاهرة بتفاصيلها عند جماعات بدوية أخرى . فقد ذكر أنه عند إصابة شخص ما بالجدرى أو غيره من الامراض المعدية فان البدو يتركون المكان ويرحلون عنه بعد أن يوفروا للمريض زاده وشرابه ومن يقوم بخدمته أو حراسته . انظر المرجع السابق الاشارة اليه لنفس المؤلف ، ص ٣٢٧ .

السودان فى أعالى النيل كنتيجة لانتشار الامراض التناسلية . وادى ذلك الى مشكلات أجتماعية ونفسية عديدة (١٣) . ولهذا فان مثل هذه الدراسات اذا كانت تكشف النقاب عن نوعية الامراض السائدة فى البيئة كخطوة اولى نحو الاهتمام بعلاجها ، الا انها ايضا — اذا تمت بوعى وتوجيه خاص — يمكن أن تشير الى نوعية المشكلات والظواهر الاجتماعية التى ترتبط بهذه الامراض . ولا يقتصر الامر على ذلك بل يمتد الى محاولة الكشف عن علاقة نوعية البناء الاجتماعى والثقافة بظهور مشكلات صحية نوعية . ومنطقة الصحراء الغربية توجد بها مثل هذه الظواهر فزواج ابناء العمومة كقاعدة اجبارية يصعب كسرها يؤدى الى اضرار تتعلق بالصحة .

وفيما يتعلق بالمشتغلين بالدراسات الاجتماعية والبحث الاجتماعى فان لهذه الدراسات أوجه نفع عديدة منها :

* تقدم هذه البحوث مادة اثنوجرافية غنية يمكن أن يفيد منها من يعملون فى المجال الصحى اثناء آداء عملهم الوقائى أو العلاجى أو الارشادى فى هذه المجتمعات المتميزة . ويلاحظ أن طرق البحث الميدانى وطرق جمع المادة الثقافية تمكن من يعملون فى مجال الانثروبولوجيا من بحث مثل هذه الموضوعات من جوانب مختلفة بحيث يقدموا لمن يعملون فى المجال الصحى صورة شبه متكاملة عن المجتمع واساليبه العلاجية .

* تؤدى ايضا هذه الدراسات الى تنمية رصيد التخصص الاجتماعى من المادة الميدانية ، الامر الذى يضاعف من القدرة على فهم طبية هذه المجتمعات المتميزة . ذلك ان محاولات التنظير لابد أن تقوم على مادة ميدانية مكثفة وعميقة وصادقة . كما يتيح ايضا الفرصة لاختبار صدق الفروض ووجهات النظر المتوفرة فى تراث هذا التخصص ، وفى نفس الوقت تمكن من وضع سياسات صحية واعية . وعلى سبيل المثال فان تاكيد فكرة ارتباط نوعية العلاج بطابع التفسير فى علاج معظم الانكار ، تلك النظرية التى تم تاكيدها فى هذا البحث ، قد دعمت وجهة نظر معينة ، وفى نفس الوقت فهى تمكننا من التوجيه الصحيح . فعندما نحاول تغيير سلوك علاجى يصعب أن يقلع عنه البدو علينا أن نوجه التوعية بحيث تعدل من التفسيرات الخاطئة ، وفى هذه الحالة سيسهل الاقتناع بعدم جدوى أو بضرر بعض طرق العلاج . واقتناعا منا بمنطقية العقلية الانسانية فى اى ثقافة فان البدوى سيحث هو

(13) El Hadi and Baasher., Op. Cit., p. 133.

نفسه عن تغيير نوع العلاج متى ادرك التفسير الصحيح للمرض . بالاضافة الى ذلك اذا كانت هذه الدراسات تكشف عن أن هناك أرتباطا بين الجانب الصحي سواء فى التفسير أو فى العلاج وبين نسق المعتقدات ، فان ذلك يمكننا أيضا من توجيه حملات التوعية نحو مخاطبة نسق المعتقدات مباشرة .

* تكشف هذه الدراسات مباشرة عن جوانب قصور فى الثقافة والسلوك تساعد الاجتماعيين العاملين فى مجال الصحة على الحث على تغيير العادات السلوكية والانماط المعرفية التى يجب أن تتغير للتغلب على المشكلات الصحية ومقاومة المرض . وعلى سبيل المثال فقد كشفت هذه الدراسة عما يأتى :

— أن تفسير البدو لبعض الامراض احيانا يكون مبسطا جدا — مثل تفسير أى ارتفاع فى درجة الحرارة على انه اصابة ببرد ، او تفسير البواسير على انها امساك . مثل هذه التفسيرات تؤدى الى عدم اتخاذ اجراءات فعالة فى العلاج أو تأخر العلاج السليم وبالتالى تفاقم الامراض .

— احيانا يعتقد البدو فى أسباب غير صحيحة للامراض وبالتالى لا يعالجونها علاجا صحيحا او يقفون مكتوفى الايدى امامها مثل أعتقادهم فى أن الضعف الجنسى ينتج عن الشرب من مياه النيل . ويحتاج هذا ايضا الى توعية .

— ان ارتكاز فلسفة طب الصحراء على أهمية وجود شيء مادى منظور يدخل الجسم أو يخرج منه لتأكيد فاعلية العلاج ليضع قيودا ويقيم عقبات فى سبيل تقبل ابناء الصحراء لاساليب الطب الحديث متى امكن توصيل الخدمات الصحية اليهم . فالبدوى يمكن أن يرى ان بعض هذه الخدمات غير نافعة ببساطة لانه لا يرى دليلا ماديا واضحا . ولم يشعر أن هناك شيئا مؤلما . ويحدث هذا على وجه الخصوص فى حالة تأخر العلاج الطبى الحديث . وقد حدث ذلك بالفعل فى مناطق وصل اليها الطب الحديث اذ اعطى البدو أنواعا من الادوية لتناولها فى البيت لكنهم لم يتناولوها شكا فى جدواها أو خوفا من أضرارها ، وعلى ذلك فان الوعى بهذا الجانب يمكن أن يدفعنا الى الاهتمام بأن نضمن التوعية الصحية المصاحبة لنشر العلاج الحديث مناقشة للافكار التى يعتقدون فيها مثل اعتقادهم فى أهمية رؤية الشيء الذى يخرج من الجسم (مثل خروج الصديد من الجسم نتيجة الخزم) كدلالة على الشفاء ، والاعتقاد فى أن العلاج المؤلم (مثل الكى) هو العلاج الاكثر فعالية .

اما فيما يتعلق بالتطبيقات التى يمكن ان ينتفع منها من يعملون فى المجال الصحى مثل الفريق الطبى ، وفريق التمريض والصيادلة وغيرهم من العاملين فى حقل النباتات الطبية فان المادة الجادة التى يجمعها من يعملون فى مجال الانثروبولوجيا يمكن ان تكون موجها معينا لمن يعملون فى المجال الطبى كما سبق وذكرنا ، ويمكن ايضا ان تقوم عليها دراسات ذات فائدة لتخصصات معينة مثل الصيدلة . ولعل هذه تكون دعوة للمهتمين بالصيدلة وبالبحث عن الجدوى الصحية للنباتات والمواد لان يلقوا نظرة على المادة الواردة هنا وعلى غيرها من البحوث المماثلة — لابداء الرأى فيها . ويمكننا تحديد بعض التطبيقات العملية التى يمكن أن تترتب على ذلك .

❋ يمكن ترشيد الطب البدوى التقليدى خاصة فى المناطق التى لا تصل اليها الخدمات الصحية منتظمة بحيث ننصح باستمرار الاساليب النافعة التى يستخدمونها مع ايضاح افضل طرق استخدامها . والتعديلات التى يجب أن تتم لكى تاتى الوسيلة الشعبية بفائدتها ، كما يتم توضيح اضرار أوسمية المواد الضارة المستخدمة كما سبق وذكرنا .

❋ اذا كان من الصعب ان نتصور ان كل أساليب الطب الشعبى ضاره أو غير نافعة فان مجال طب النبات والاعشاب هو أكثر المجالات التى يتوقع أن نجد لها فائدة فى علاج الامراض التى استخدمها البدو لعلاجها ، وهى أول هذه المجالات التى تحتاج الى ترشيد . ومما يبرهن على ذلك ان بعض الاعشاب والنباتات التى كشفت هذه الدراسة أن البدو يستخدمونها كعلاج ذكرت مصادر عديدة انها تحتوى على مواد نافعة . وعلى سبيل المثال فان الدكتور شفيق بلبع عميد كلية الصيدلة قد قدم قائمة باسماء الاعشاب والمواد الطبية (وذكر اسمها العلمى والاسم المتداول) تضمنت بعض الاعشاب والمواد التى يستخدمها البدو . فقد ذكر أن « حبة البركة » واسمها العلمى « نجيلا ساليفا » هى طارد للبلغم وتستخدم فى علاج الربو وتكسب الخبز طعما خاصا اذا اضيفت اليه ، وتحتوى على زيت طيار ومادة أخرى . كما أن السعتر « الزعتر » واسمه العلمى « تيمس فولجاريز » تحتوى أوراقه والقمم الزهرية للنبات على زيت طيار ويستخدم كمقو للمعدة ومعرق ومطهر وقاتل للجراثيم . أما الكبريت الذى ذكرنا أن البدو يستخدمونه فى علاج الامراض الجلدية فقد ذكر الدكتور بلبع ايضا أنه مادة عضوية تستخدم فى علاج بعض الامراض الجلدية (١٤) .

---

(١٤) ورد ذلك فى مقال للدكتور شفيق بلبع بعنوان الطب الشعبى بمجلة الصحة ، العدد العاشر ديسمبر سنة ١٩٧١ .

أود ان اشير فى خاتمة هذه الدراسة ان مجتمع الصحراء الغربية قد حدثت به تغيرات عديدة خاصة فى المدن الصحراوية والمناطق المحيطة بها . واذا كانت هذه الدراسة قد ركزت على الطب التقليدى فان دراسة أخرى سوف اقدمها قريبا باذن الله تهدف الى التعرف على التغيرات التى حدثت فى أساليب العلاج التقليدية وفى السلوك الصحى فى المنطقة بصفة عامة كما أود ان اشير الى أن هناك ضرورة لان تجرى بحوث جماعية يشترك فيها الفريق ألطبى مع الفريق الاجتماعى بهدف التعرف على المشكلات الصحية للمجتمعات الصحراوية فتؤدى البحوث التى تهتم بجمع مادة عن الصحة — اذا تمت بجهد جماعى أوسع نطاقا من الجهد الفردى الذى بذل فى هذه الدراسة — الى تصوير جيد لمشكلات المجتمع الصحية وتحديد كيفية التغلب عليها .

الفصل الثالث عشر

أنثروبولوجى فى العنبـــــر

دراسة ميدانية للتنظيم والتفاعل والعلاقات فى عنبر جراحة رجال

بمستشفى كينجزتون ـ بانجلترا

تنتمى هذه الدراسة الى احد فروع علم الاجتماع المتميزة ، الا وهــو « علم الاجتماع الطبى » ، الذى يحاول أن يتناول الظواهر المرتبطة بصحة الانســـان ، والهيئـــات والتنظيمات الصـــحية ، وأن يدرســهـــا من منظور سوسيولوجى كما تنتمى ايضا الى مجال الانثروبولوجيا الطبية حيث أجريت الدراسة فى احد العنابر باستخدام المنهج الانثروبولوجى التقليدى كما سنوضح فيما بعد . واذا كانت دراسات عديدة قد اجريت فى العالم الغربى وتنـــاولت الظواهر المتعلقة بصحة الانسان من منظور سوسيولوجى أو انثروبولوجى فان التخصصين فى مجتمعنا لم يهتموا للان اهتماما أساسيا باجراء البحوث والدراسات فى هذا المجال مستخدمين النظريات ومناهج البحث المتداولة فى هذين المجالين . ومما لا شك فيـــه أن الظروف والاوضـــاع التى تمر بهـــا المجتمعات النامية بصفة عامة ومجتمعنا المصرى بصفة خاصة تفرز مشكلات ترتبط من قريب أو من بعيد بصحة الانسان ، وتضفى على موضوع الصـــحة والمرض لونا خاصا يحتاج الى دراسات متعمقة لتشخيص الظواهر الصحية السائدة ، وتحديد علاقتها ببقية اجزاء البناء الاجتماعى تمهيدا لابداء الرأى فى حل المشكلات الصحية أو التخطيط لتحسين صحة الانسان ، ووقايته من المرض .

وقد امتد اهتمام علماء الاجتماع والانثروبولوجيين المهتمين بالمجال الصحى الى دراسة المؤسسات العلاجية كالمستشفيات والوحدات الصحية وغيرها بهدف وصف التنظيم والحكم على مدى كفـــاءته ، او بهـــدف تحليل البنـــاء الاجتماعى للوحدة الصحية والتعرف على نوعية العلاقات السائدة فى هـــذا

النوع من الوحدات الاجتماعية . والدراسة التى نقـدمها الآن هى نوع من الدراسات التى تهتم بتحليل الظواهر السائدة فى قطاع حيوى من مستشفى وهو « العنبر » ، والسبب الرئيسى الذى كان وراء اهتمام الكاتب بالموضوع هو ايمانه بأن نوعية التنظيم والعلاقات السائدة بين الفريق المعالج والمريض تؤثر تأثيرا اساسيا على عملية العلاج نفسها ، واقتناعه باننـا نستطيع ان أن نصل الى فهم افضل واعمق لهذه الظواهر اذا درسناها مستخدمين المنهج المناسب ، الامر الذى يمكننا بعد ذلك من اقتراح الحلول المفيدة . واذا كانت الدراسة قد اجريت فى مستشفى بانجلترا الا أن الواقع المصرى لم يكن غائبا عن ذهن الكاتب أثناء صياغته لموضوعه ، ولهذا فان الملاحظات والتعليقات التى وردت فى الدراسة كتبت اساسا لكى تخدم مجتمعنا المصرى .

موضـوع الدراسة :

تحاول هذه الدراسة أن تصف وتحلل بعض الظواهر السائدة فى عنبر جراحة رجال . ويتعلق بعض هذه الظواهر بالتفاعل الاجتماعى داخل العنبر سواء كـان بين فـريق التمريض ، او بينهم وبين المرضى ، او بين المرضى وبعضهم . على أن الاهتمام الاكبر كان موجها لوصف العـلاقات بين فريق التمريض وبين المرضى نظرا لان فريق التمريض هو الوسيط الفعال بين فئة الاطباء وبين المرضى . وهو يتكون من الافراد الذين يتفاعلون تفاعلا مكثفـا مع المرضى اكثر مما تفعل اى فئة أخرى فى المستشفى . وتوضح الدراسة فى هذا المجال تأثير بعض جوانب مهنة التمريض على كفاءة عملية العلاج . كما تهتم بالجانب التنظيمى فى اداء الاعمال داخل العنبر ، سواء ما تعلق بالقواعد نفسها أو بطريقة تطبيقها وعلاقة ذلك بتحقيق أهداف المستشفى بصـفة عامة . فى ضوء ذلك تضمنت الدراسة وصفا وتحليلا لبعض اجراءات الضبط داخل العنبر ، وتأثيرها على نجاح فريق التمريض فى القيام بالمهمة . وتضمنت أيضا أيضاح تأثير بعض الظواهر الفيزيقية مثل المبنى وتقسيماته الاساسية على كفاءة أداء العمل وعلى بعض الظواهر الاجتماعية السائدة .

وتعتبر هذه الدراسة دراسة ميـدانية خالصة اذ تم تسجيل المـادة الواردة فيها من داخل عنبر جراحة الرجال بمستشفى كينجزتون Kingston بمدينة هـل Hull بانجلترا حيث أمضى كاتب الدراسة مدة اسبوعين مقيما اقامة كاملة ودائمة — كمريض — فى العنبر المذكور . وهناك بعض الملاحظات الخاصة بالمادة الواردة فى الدراسة :

ا — ان المادة الواردة فى الدراسة تتعلق بتلك **الظواهر التى تسود فى**

عنابر جراحة الرجال بصفة خاصة . ويمكن ان تختلف وتتباين الظواهر التى تسود فى عنابر الجراحة عن تلك الظواهر التى تسود فى عنابر أمراض باطنية أو فى عنبر امراض نســاء أو امراض عصــبية . بل من المتوقع أن تختلف الظواهر السائدة فى عنبر جراحة رجال — ولو اختلافا طفيفا — عن تلك التى تسود فى عنابر جراحة النساء . وترجع اهمية هــذه الملاحظة الى أمرين : الاول هو اننا يجب الا نذهب بالتعميمات التى نخرج بها من هذه الدراسة الى أبعد مما يجب ، والثانى هو أن نشير الى اهميــة اجراء دراسات اخــرى نستطيع منها ان نقارن المادة الواردة فى هذا المقال مع دراسات أخرى تجرى فى عنبر أمراض باطنية او نساء مثلا .

٢ — على الرغم من أن الدراسة تركز على الظواهر السائدة فى العنبر الا أنها تضمنت الكثير من المناقشات والتعليقات التى قاد اليها تحليل الظواهر التى تمت ملاحظتها . ذلك أن الوجود فى العنبر والتأمل فى الظواهر السائدة فيه أعطى فرصة للخروج الى نطاق اوسع ، وهو نطاق المستشفى والعلاقات السائدة فيه بصفة عامة . وقد ساعد على الخوض فى هــذا المجال وابداء الملاحظات المتعددة الخاصة بالعلاقات السائدة فى المستشفى بعض الخبرات التى استطاع الباحث أن يكتسبها من خلال تواجده فى هذه المجالات .

٣ — اذا كان القارىء سوف يلاحظ اشارات الى مدى كفــاءة تنظيم العنبر ، أو الى طابع العلاقات الانسانية التى كانت تميز التعامل بين فريق التمريض والمرضى . فيجب الا يظن أن ذلك نوعا من الدعاية لهذا العنبر بالذات أو يظن أنه ناتج عن التأثر بخبرة شخصية خاصة . فالمقال عبارة عن محاولة لوصف وتحليل ما كان سائدا فى العنبر بشىء من الدقة والامانة ، مع محاولة التحقق من نتائج وآثار نوعية معينة من التنظيم على المريض وعلى عمليــة العلاج نفسها .

الملاحظة المشاركة كمنهج للدراسة :

كان المنهج الاساسى الذى اتبع فى هــذه الدراسة هو منهج الملاحظة المشاركة بكل ما يتضمنه هذا المنهج من اساليب وكل ما يتطلبه من أجراءاته . فالباحث كان مشاركا مشاركة كاملة فى الموقف ، وكان أحد أعضائه ، وكــان الموقف طبيعيا ، وكان السلوك تلقائيا ، اذ لم يكن أحد يعلم أن الانثروبولوجى المريض كان يسجل الظواهر التى تدور حوله . على أنه قــد أجريت بعض المقابلات مع المرضى وأعضاء فريق التمريض كما سأذكر فيما بعد .

وقد أجريت الدراسة بعد أن تقرر دخولى مستشفى كينجزتون العــام لاجراء جراحة . ومكثت فى العنبر **مدة أسبوعين** منذ لحظة دخولى المستشفى الى وقت مغادرتى لها بعد تماثلى للشفاء . **وقــد ساعدنى موقفى المزدوج كمريض وكانثروبولوجى على ملاحظة الظواهر التى تحدث فى العنبر فى كــل لحظة . وقد تحققت فى هذه الدراسة المعاناة والخبرة العميقة التى يجب على الباحث أن يجتازها لكى يصف الموقف . ولم تكن هناك صعوبة تحتاج الى أن افكر فى كيف أكون مشاركا فى الموقف ، كما لم تكن هناك حاجة لافتعال الاندماج فيه أو الاحساس بمشــاعر من يوجدون به** . واذا كانت الملاحظــات الاولى (الخام) قد كتبت فى العنبر أثناء اجتياز الخبــرة ، فان الصــياغة النهائية والتعليقات والمناقشات التى وردت فى المقــال قد سجلت بعــد الخروج من المستشفى مباشرة ، وكانت هــذه الفترة بمثــابة اجترار للخبرة الميدانية ، ومحاولة للتأمل فى أبعادها المختلفة . وعلى الرغم من أن خبرة المرض واجراء الجراحات يمكن أن تكون خبرة غير سارة بالنسبة لاى شخص ، فاننى كنت أشعر منذ البداية أن هذه هى فرصتى لدراسة ظواهر كنت أود دراستها منذ سنوات . وقد كنت فى موقف سمح لى أن ألاحظ الظواهر واحللها **وأنا داخل الموقف وخارجه** فى نفس الوقت . ففى معظم الاحيان كنت أشعر بما يشــعر به كل مريض ، وأعامل من هيئة التمريض كما يعامل أى مريض ، وأفقد هويتى وقدرتى على التصرف الحر كما يحدث مع كل مريض وقد انتابتنى عوامل القلق والملل والضيق والنظرة المتظلمة التى ينظر بها الناس أحيانا الى من بيدهم السلطة والى من يملكون أن يأمرونا ولابد أن نطيعهم سواء كان ذلك رغمــا عنا أو كنا سلمنا لهم انفسنا طواعية . وفى نفس الوقت كنت الاحظ تفاصيل الموقف **كشخص خارجى** بسبب أننى تعمدت منــذ البــداية أن آخــذ موقف الانثروبولوجى وأن أنظر الى الموقف بعين المسلل وكأننى خارج عنه وبصفة عامة كانت فترة العمل الميــدانى — فتــرة المرض — هى مزيج من الدخول والاندماج فى الموقف ثم محاولة الاختــلاء الى النفس وتســجيل الظواهر . ومحاولة ملاحظة ما يدور حولى بعين الدارس .

وقد كان ترتيب الاسبوعين كما يلى : تمضيت يومين قبل اجراء الجراحة. وستة أيام بعد اجرائها فى العنبر الاساسى . ثم تمضيت بقية المدة فى عنبــر صغير ملحق بالعنبر الاساسى . ولم اقض اى وقت من هــذه المدة — وهذا لحسن حظى — فى حجرة مستقلة . فقد كان تواجدى بين بقية المرضى ضروريا لاتمام الدراسة ، فالانثروبولوجى يحتاج أن يوجد بين الناس أكثر مما يحتاج لان يكون مستقلا عنهم حتى ولو أدى ذلك الى الحد من راحته .

والسؤال الذى قد يفكر فيه البعض هو **مدى كفاية الاسبوعين لاتمام**

الدراسة . والاجابة هى أن الاسبوعين يعتبـــران مدة كافية لاجراء دراســة قصيرة لبعض الظواهر السائدة فى عنبر جراحة . بجانب أن الحـــالات التى كانت تفد الى العنبر كان معظمها فى حاجة الى جراحات صغيرة متشابهة ، وهذه لم تكن تتطلب وجود المريض فى العنبر فترة زمنية طويلة . وعلى ذلك فقد كانت أمامى فرصة لكى الاحظ دخول حالات الى العنبر — (وهى الحالات التى وفدت الى العنبر بعد دخولى) وخروج حالات أخرى تماثلت للشـــفاء (وهى الحالات التى تقرر خروجها اثناء وجودى فى العنبر) . وقد أتاح لى هذا الفرصة لملاحظة الظواهر المرتبطة بالمراحل المختلفة التى يمرون بهـــا أثناء فترة العلاج والجراحة . وقد دخلت العنبر أيضـــا فى تلك الفترة بعض الحالات الخاصة والحوادث وغيرها .

وقد حاولت استغلال الاسبوعين استغلالا جيـدا وساعدنى على ذلك أننى كنت متفرغا تفرغا تاما للملاحظة ليلا ونهارا ، ذلك اننى لم اكن أعانى من آلام تمنعنى عن القيام بمهمة الملاحظة ، كما أن اجراءات العلاج لم تكن تحتاج الى اكثر من دقائق فى اليوم الواحد . ونظرا لانهـــا كانت المـــرة الاولى التى ادخل فيها مستشفى فقد كنت شديد التركيـــز والانتباه والاحساس بالخبرة بكل تفاصيلها كما أننى كأجنبى كنت شديد الملاحظة للعالم الغريب — بالنسبة لخبرتى الشخصية — الذى كان يحيط بى فى هذه الفترة . واذا كنت قد حاولت أن اشغل معظم ساعات النهـــار بالملاحظة ، فقـــد تعمدت أيضـــا فى بعض الليالى البقاء يقظا الى ساعة متأخرة من الليل لملاحظة الظواهر المرتبطة بأعمال المساء .

بناء على ذلك فان مادة هذه الدراسة هى محصلة الملاحظات الشخصية، وملاحظات المرضى الاخرين التى امكننى التعرف عليها من خلال المناقشات التى أجريتها معهم . ذلك أننى كنت اتعمد فى بعض الاحيـــان التساؤل عن بعض الظواهر التى ألاحظها أو عن تفسيراتها لكى أقارن بين ملاحظاتى وتفسيراتى وبين ملاحظات وتفسيرات المرضى المحيطين بى . **كما كنت أوجه بعض التساؤلات** الى اعضاء فريق التمريض ، وكنت حريصا ان يتم ذلك بطريقة طبيعية تضمن الاجابة الصادقة . وتعمدت فى بعض الاحيان تكرار بعض الاسئلة لاشخاص مختلفين لمقارنة الاجابات ببعضها . وقد شجع موقفى كمريض اعضاء فريق التمريض على الاجابة على أسئلتى دون تحفظات كما شجعهم موقفى كأجنبى على الاجابة على أسئلتى التى كانت تخـــرج عن نطاق اهتماماتى بموضوع مرضى . وقد تضمن المقال أيضـــا بعض المعلومات التى جمعتها عن طـــريق **استماعى الى مناقشات أعضاء فريق التمريض** مع بعضهم مصادفة ، تلك التى عبرت عن كثير من الاتجاهات والمعانى المتعلقة بأداء عملهم .

ولم يكن أحد يعلم فى البداية أننى اقوم بتسجيل هذه الملاحظات ضمانا لاستمرار سير الامور بطريقة طبيعية . ذلك ان علم الناس بان شخصا ما يلاحظهم ويسجل سلوكهم قد يؤدى الى القلق ، أو يدفعهم الى السلوك بطريقة متحفظة . غير اننى قد اخبرت رئيسة العنبر فى نهاية المدة اننى انوى كتابة مقال عن الظواهر السائدة فى عنبر جراحة مستفيدا من المادة التى دونتها كملاحظات اثناء وجودى فى العنبر . وقد كنت مطمئنا ان ذلك كافيا للوفاء بأمانة الباحث ، وفى نفس الوقت ضمان توفير طبيعية الظواهر وتلقائية السلوك .

العنبر رقم ٨

ينقسم العنبر الى ثلاثة أجزاء رئيسية ، هى : المدخل ، والعنبر الرئيسى ، ثم الملحق .

الجزء الاول : المدخل :

ويبدأ المدخل من باب العنبر الخارجى ، ويتكون من حجرتين متقابلتين لبعضهما — تقعان بعد الباب مباشرة — أحداهما تستخدم كمكتب يدار منه العنبر ، وعادة ما تجلس فيه الحكيمة رئيسة العنبر . وتضم هذه الحجرة مكتبا صغيرا وعددا من المقاعد ، وبعض الرفوف والادراج التى توضع بها أوراق المرضى . أما الحجرة المقابلة فهى حجرة العناية المركزة . وبرتد بها المرضى الذين يحتاجون الى عناية خاصة ، او الذين يحتاجون أن يظلوا بمعزل عن العنبر ، او الحالات شديدة الخطورة . وبجانب حجرة العناية المركزة (من ناحية باب العنبر) يوجد ركن صغير يستخدم كحجرة استقبال حيث وضعت به بعض المقاعد ومنضدة صغيرة . وهذا الركن مخصص لاستقبال زوار المرضى او زوار فريق التمريض الذين يمكن أن يصلوا الى العنبر فى غير أوقات الزيارة الرسمية ، وعادة ما تكون هذه الزيارات طارئة لا يمكن للزوار فيها الانتظار الى أن يحين الموعد الرسمى للزيارة . ويستخدم هذا المكان ايضا كحجرة استقبال ومكان انتظار للمرضى الجدد الى أن يتم تجهيز اماكنهم داخل العنبر .

ومن السهل على من يحاول ملاحظة طريقة العمل فى العنبر أن يدرك أن هذا الجزء الاول من العنبر « المدخل بما يحتوى عليه » يقوم بوظيفة هامة بالنسبة لكل ما يجرى داخل العنبـــر . نمكتب الرئيسة قـــد وضع فى موقع يمكنها منه مراقبة كل من يدخل العنبـــر ، ويسهل عليهـــا وعلى اى ممرضة تجلس فى المكتب ملاحظة المريض الذى يرقد فى الحجرة المقابلة « حجرة العناية المركزة » باستمرار . ومن هذا المكتب يتم توجيه كل التعليمات لفريق التمريض ولاى عمل يتم داخل العنبر . ومن هذا الموقع ايضا تستقبل الرئيســة — او من يحل محلها — اية بيانات او تعليمـــات او مكالمات آتيـــة الى العنبر من المستشفى او من خارج المستشفى . **ولهذا فان مدخل العنبـــر يعتبر نقطة مراقبة وحلقة اتصال بين العالم الخارجى (المستشفى او الاقارب او ... الخ) . وبين المقيمين فى العنبر .**

ويتميز موقع المدخل ايضا بانه شديد القرب من العنبر الرئيسى ، وهذا يسهل عملية الاتصال بين ادارة العنبر وبين من يعملون فيه او من يوجـــدون فيه من المرضى . فقد كان من السهل مثلا أن يسمع من هم بالعنبر اى نـــداء يوجه من الحجرة ، خاصة وانه لا يوجد باب او حاجز يفصل بين المدخل وبين العنبر الرئيسى . ومن الواضح أن المشكلة الناتجة عن رغبة ادارة العنبـــر فى عدم رفض الزائر الذى يأتى الى العنبر فى ظروف طارئة فى غير مواعيـــد الزيارة الرسمية ، مع رغبتها فى الحفاظ على النظام داخل العنبر يمكن أن تحلها بسهولة عن طريق استخدام حجرة الاستقبال كمكان يلتقى فيه الزوار بمرضاهم فى الحالات الطارئة .

الجزء الثانى : العنبر الرئيسى :

العنبر الرئيسى عبارة عن صالة كبيرة مستطيلة الشكل ، تحتوى على صفين من الاسرة المقابلة لبعضها بحيث يحتوى العنبـــر على ما يقـــرب من عشرين سريرا . **ويفصل بين كل سرير وآخر مسافة** تبلغ حوالى متر أو أكثر قليلا . وتعتبر هذه المسافة مسافة مناسبة تتيح للمريض فرصة الاتصـــال بالمريض الذى يجاوره حينما يريد ذلك ، وأن يحقق نوعـــا من الاستقلال عن المريض المجاور حينما لا يريد الاتصال . ومن الطبيعى أن المريض يحتاج الى الاتصال بالمرضى الاخرين فى كثير من الاحيان ، فهو يحتاج أن يتكلم مع جاره حينما يشعر بالملل ، وقد يحتاج أن يشتكى اليه من بعض مما يضايقه سرا . وقد كان قرب المسافة بين الاسرة فى هذا العنبر عاملا من عوامل حدوث كثير من الاتصالات اللفظية بين المرضى فى موضوعات شتى . ويلاحظ أن المسافة اذا كانت شديدة القرب بين الاسرة فقد يؤدى ذلك الى المضايقات أو الازعاج

خاصة فى أوقات الزيارات . ويشعر بالازعاج بصفة خاصة المرضى شديدو الحساسية ، أو من يحرصون دائما على التمتع بقدر من الاستقلال عن الاخرين ، أو هؤلاء الذين لا يحبون أن يراقبهم أحد . أما اذا كانت المسافة التى تفصل بين كل سرير وآخر مسافة مناسبة — ليست شديدة البعد أو شديدة القرب — ساعد ذلك على وجود علاقات أقوى بين مجموعة المرضى الذين يشغلون اسرة متجاورة ، وساعد ايضا على سهولة توصيل تعليمات هيئة التمريض اليهم .

وينفصل بين كل سرير وآخر نافذة ، كما أن هناك دولاب صغير « كومودينو » لكل سرير ، وهذا الدولاب يرتكز على رولمان بلى . ولهذا نفى حالة نقل المريض من سرير الى آخر لم يكن يستدعى ذلك نقل ملابسه وأدواته من دولاب الى آخر ، اذ كان يتم تحريك الدولاب ونقله بسهولة الى جوار السرير الذى انتقل اليه المريض ، واعادة الدولاب الاخر مكانه . وقد كان ارتفاع هذا الدولاب عن الارض ارتفاعا مناسبا بالنسبة لارتفاع السرير . فقد كان المريض يمكنه بسهولة فتح الدولاب ، وتناول ما يريده منه وهو على سريره . وبالاضافة الى ذلك انتشرت فى أماكن متفرقة من العنبر بعض الاحواض والصنابير لتتمكن المرضات من غسل أيديهن بسهولة بعد القيام بأى عمل دون الحاجة الى الخروج من العنبر . كما احتوى العنبر أيضا على مكان مخصص لالقاء بقايا العينات التى تؤخذ من المرضى وكل النفايات التى يودون التخلص منها .

الجزء الثالث : الملحق :

ينتهى العنبر الرئيسى بحائل وكأنه بوابة تفصل بين العنبر الرئيسى وبين الملحق . وتوجد خلف الحائل (المتحرك) حجرة تعتبر بمثابة « كشك للغيارات » بها سرير للكشف ، وبها بعض الملابس التى يرتديها أعضاء فريق التمريض عند القيام بأى عمل غيار للمريض .. وبها أيضا بعض الاجهزة والادوات التى تستخدم فى الاجراءات الطبية كالغيار على الجروح . وانتزاع « الغرز » ، وبقية العمليات التمريضية التى لا تستدعى نقل المريض الى حجرة العمليات . وعلى ذلك فهذه الحجرة أشبه بحجرة عمليات مبسطة خاصة بفريق التمريض .

وبعد هذه الحجرة يوجد عنبر صغير عبارة عن ملحق للعنبر الاساسى ويطلق عليه « الملحق » ، ويضم ستة أسرة . وينتهى العنبر الملحق بحجرة اخرى عبارة عن حجرة جلوس صغيرة لاستراحة المرضى الذين يمكنهم مغادرة

السرير . وعادة ما يستخدم هذه الحجرة كل المرضى المقيمون فى الملحق اذ ان معظمهم يكون فى حالة أفضل من مرضى العنبر الاساسى ، فكل منهم ينتظر التئام الجرح وتمام الشفاء .

وفى مقابل العنبر الملحق توجد المرافق ودورات المياه والحمامات والادشاش . وقد صممت هذه المرافق بطريقة تلائم المرضى الذين يعانون من متاعب خاصة بعد العمليات . وعلى سبيل المثال توجد بالحمامات مقابض مثبتة فى الحائط يمكن للمريض الامساك بها لكى لا ينزلق . كما توجد وسائل معينة مماثلة فى دورات المياه لكى يتمكن المريض من الامساك بها أو الاستناد اليها . كما توجد مقابض فى الحائط لكى يمسك بها المريض الذى يعانى من متاعب أثناء قضاء حاجته .

ويدرك المرضى واعضاء فريق التمريض أن العنبر الملحق هو الطريق المؤدى الى الخروج من المستشفى ، خاصة وان أخصائى الجراحة الكبير يأمر بخروج المريض من هذا المكان ، ولهذا يشعر كل مريض يتم نقله الى العنبر الملحق انه تماثل للشفاء . ويحدث الاحباط لدى أى مريض عندما يأمر الطبيب باعادته الى العنبر الرئيسى . وعادة ما يأمر بذلك عندما تحدث مضاعفات ، او عندما يتلوث الجرح ، أو عندما تستدعى حالة أى مريض مزيدا من العناية أو الهدوء نظرا لان العناية فى العنبر الرئيسى اشد تركيزا من العناية فى الملحق . وقد حدث ذلك مرة بالنسبة لمريض كان قد نقل الى العنبر الملحق ، وقد احس هذا المريض أن اعادته الى العنبر الرئيسى يعنى تدهور حالته .

ويشترك مرضى العنبر الصغير فى بعض السمات والخصائص . وعلى سبيل المثال فانهم يشتركون فى أن درجة قلقهم على انفسهم وعلى مسألة شفائهم تعتبر اقل من درجة قلق من يعيشون فى العنبر الاساسى ، خاصة اذا قارناهم بمن ينتظرون أجراء الجراحة ، أو من أجريت لهم الجراحة حديثا . ولم يكشفه عن الجرح بعد ، أو اذا قارناهم بمن يعانون من الم ما . ويدل على انخفاض نسبة القلق فى العنبر الصغير ظهور بعض الظواهر التى قل أن تظهر فى العنبر الاساسى . فالمريض فى العنبر الملحق لا يمكث كل الوقت فى سريره مثل مريض العنبر الاساسى . وعادة ما يتناقش مرضى الملحق بصوت اعلى وبكم اكثر كثافة من هؤلاء الذين يرقدون فى العنبر الاساسى .

وهناك بعض المشكلات التى ظهرت فى العنبر الملحق ولكنها يصعب أن تظهر فى العنبر الاساسى ، فقد أدى احساس المرضى بالتماثل للشفاء ، وزيادة تحركهم ومناقشاتهم الى حدوث بعض المضايقات بالنسبة لمرضى آخرين نقلوا الى الملحق لكنهم يودون أن يظل الجو هادئا ، أو يودون النوم مبكرا فى الوقت

الذى يظل فيه بقية المرضى يتحدثون الى بعضهم أو يشاهدون برامج التليفزيون فى الحجرة المجاورة . ولكن كانت هذه المشكلات تحل بسهولة اذ عادة ما كان المرضى الذين يرغبون فى مزيد من الهدوء يشتكون الى الممرضة سرا . وكانت هى تبلغ بدورها الرئيسة التى كانت تقوم بالتنبيه على المرضى لالتزام الهدوء ومراعاة شعور غيرهم . وقد نشأت بعض المشكلات ايضا وتتعلق بالازعاج الذى يسببه التليفزيون وحاول اثر ذلك المرضى الــذين يرغبون فى مشاهدته اغلاق حجرة التليفزيون لفصلها عن بقية العنبر ، ولكن اشتكى ايضا المرضى الاخرين بأن الصوت يصلهم ، ولهذا لا يستطيعون النوم . وكان هذا يتطلب دائما تصرفا حكيما من فريق التمريض للتوفيق بين الرغبــات المتعارضة . وتعكس مثل هذه الظواهر والمشكلات اثر قرب حجرة الاستراحة التى يوجد بها التليفزيون من العنبر الملحق ، الامر الذى يؤكد **اهميــة الاعــداد المسبق والتنسيق بين وحدات المبنى فى ضوء طبيعة استخدامها .**

ومن نماذج السلوك التى يشترك فيها المقيمون فى العنبر الصغير ايضـــا هو انهم يعتـــادون وداع كل مريض يأمر الطبيب بخـــروجه من المســتشفى ويهنئونه . كذلك يشتركون فى تهنئة المريض الذى يامر الطبيب بنقله من العنبر الرئيسى الى العنبر الملحق .

والعلاقات التى تسود بين مرضى العنبـــر الملحق اكثـــر قوة واقل مللا ، خاصة اذا قارناها بالعلاقات التى تسود بين المرضى فى العنبر الرئيسى . اما القلق فهو يتدرج من حجرة العناية المركزة ، الى العنبر الاساسى ؛ الى أن يصل الى اقل درجة فى العنبر الملحق . واذا كان انخفاض درجة القلق ترجع الى اطمئنان المرضى على حالتهم ، فانها ترجع ايضا الى وجود روح جماعية ، وقدر من الاتصال المشترك بين المرضى مما يؤدى الى تحقيق قدر من المشاركة يساعد على تخفيف الالم والقلق .

وينص نظام المستشفى على ان المريض لا يمكن أن يغادر المستشفى وحده ، بل لابد أن يأتى ذووه لاصطحابه ، وان لم يكن ممكنا ان يأتى أحــد أقاربه فلابد ان يأتى أحد أصدقائه لاصطحابه من المستشفى . وقد اعتاد مرضى العنبر الملحق على أن يستقبلوا اهالى واصدقاء المرضى الذين تقرر خروجهم . ويشيع هذا جوا من البهجة اذ يحـــرص كل مريض على أن يقـــدم ذويه الى المرضى الاخرين . وعادة ما يحاول المرضى مساعدته — مع ذويه ومع أعضاء فريق التمريض — على ترتيب حقيبته ؛ وجمع حاجاته وتجهيزه لمغادرة العنبر . ولـــكن لوحظ أن المرضى بعـــد أن يودعون المريض الذى تم شــفاءه فانهم يجلسون فترة ما صامتين ، وغالبا ما يفكر كل منهم فى اللحظة التى يأمر فيها الطبيب بخروجه من المستشفى . وقد يشعر البعض بالغيرة . وقد يفكـــر

البعض فى كم ستكون سعادة زوجته وأولاده به عندما يخرج من المستشفى . وبعد فترة من الصمت عادة ما يبدأ احد المرضى الحديث لكى يقطع تدفق الافكار والاحاسيس المؤلمة .

وعلى الرغم من أن العلاقات بين المرضى فى العنبر الاساسى والمرضى فى الملحق عادة ما تكون مقطوعة نسبيا ، الا ان بعض مرضى العنبر الرئيسى الذين يشعرون بمقدرتهم على مغادرة السرير — ويسمح لهم بذلك — او من ينتظرون اجراء الجراحة عادة ما ينتقلون الى الملحق لمشاهدة برامج التليفزيون أو تناول الطعام . فقد لوحظ أن فريق التمريض لا يسمح للمريض بتناول الطعام فى السرير الا عندما لا يكون قادرا على مغادرته . ولهذا فتعتبر فترة تناول الطعام هى فترة لقاء مرضى العنبر الرئيسى (القادرين على الحركة) بمرضى الملحق . وعندما يلتقى مرضى الملحق بالمرضى الجدد فانهم يشعرون بالتفوق عليهم نظرا لانهم أكثر خبرة بالمستشفى ، وبنظامها ، وباجراء الجراحات . وعادة ما يحاول المرضى الجدد الانصات الى أحاديث مرضى الملحق عن المستشفى ونظمها ، وعن اجراء الجراحات ، وعن الالم والاحساس به ... الخ .

والملاحظ بصفة عامة على المبنى وتقسيم العنبر الى وحداته التى تم شرحها ، أن التقسيم يرتبط ارتباطا شديدا بمراحل اجراء الجراحة . وهو مصمم بطريقة تسهل آداء العمل ، وتحقيق اتباع التنظيم وطرق العلاج التى تحددها المستشفى بما فى ذلك طرق العلاج والتغذية وغيرها . ومن المتوقع أن تكون تصميمات مبانى العنابر الاخرى — التى تضم مرضى يعانون من أمراض أخرى — مختلفة بحيث يتناسب شكل المبنى وتقسيماته مع نوعية المرضى واجراءات ومراحل العلاج . وغنى عن البيان أن المشكلات التى سبق الاشارة اليها تدل — ضمن ما تدل عليه — على أهمية تنسيق المبنى وتقسيمه الى وحدات تؤدى كل وحدة وظيفة محددة ، او تستخدم فى غرض خاص .

والملاحظ أيضا أن هذه التقسيمات المادية ترتبط فى ذهن الانسان بمعان يخلعها على المكان نتيجة اجتيازه خبرات معينة اثناء وجوده فى هذا المكان . فحجرة العناية المركزة ترتبط بشدة المرض ، كما يرتبط العنبر الرئيسى بالجراحات ومواعيد اجرائها وبالحالات التى تحتاج الى عناية كبيرة . ويرتبط الملحق بالشفاء والخروج من المستشفى .

التنظيم والتعاون وتقسيم العمل

يعتبر تنظيم الخدمة الطبية ، والخدمات المرتبطة بها ، وطريقة تقديمها امرا على جانب كبير من الاهمية . وقد كان فريق التمريض فى هذا العنبر شديد الاهتمام بتقديم الخدمة الطبية فى موعدها المحدد ، كما كان هناك اهتمام بتقديم الغذاء والشاى ووسائل الترفيه فى مواعيد محددة ايضا ، حتى أن المريض كان يمكنه التنبؤ — بعد فترة من وجوده فى العنبر — بما سيحدث فى ساعات النهار المختلفة . وقد نظم اعضاء فريق التمريض أنفسهم بحيث يتواجد عدد منهم فى العنبر طوال ساعات النهار والليل . وحتى بالنسبة لاوقات تناولهم لوجباتهم اليومية ، فقد نظم أعضاء الفريق انفسهم على التناوب بحيث يوجد عدد منهم بجوار المرضى أثناء تناول الاخرين الطعام . وقد حقق ذلك للمرضى نوعا من الاطمئنان اذ لم يعد هناك داع لان يشعر أى مريض بالتلق اذا احتاج الى أى منهم .

ويقضى نظام العنبر أن تظل الحكيمة والمرضات اللواتى يقمن بالعمل ليلا ساهرات . وقد كن يبدين اهتماما شديدا بالمرضى من حيث تقديم العلاج ، والتأكد من أن كل مريض قد نام بالفعل . وكان يفترض أن تقوم الرئيسة بالمرور على الاسرة كل فترة من الوقت . ويساعد ذلك على سرعة اكتشاف الحالات الطارئة أو المفاجئة ، وعلاجها . أما الوقت المتبقى فقد كانت المرضة — أو الحكيمة — تقضيه فى القراءة .

اما نمط الاتصال بين مختلف تدرجات فريق التمريض فقد كان على درجة عالية من التنظيم . وكان شديد الضبط والاحكام . فالمعلومات عن المرضى تصل فى سرعة من المرضة الى الحكيمة ثم الى الطبيب . وتنفيذ الاوامر الطبية يتم فى سرعة أيضا فى الاتجاه المعاكس (الطبيب — الحكيمة — المرضة) . وقد ساعد هذا على الاستجابة للحالات الطارئة ، وسرعة تنفيذ القرارات الطبية .

كذلك كانت هناك درجة عالية من الضبط فيما يتعلق بعملية تنفيذ قرارات العلاج نفسها ، وهى العملية الاساسية التى وجد المريض من أجلها فى المستشفى . فقد كانت كل أنواع الادوية الخاصة بالمرضى موضوعة فى دولاب تجره عجلات بحيث يمكن تحريكه بسهولة فى أى مكان فى العنبر . ولابد أن يبقى الدولاب مغلقا والمفتاح مع الحكيمة . وفى الوقت الذى لا يستخدم فيه الدولاب كان يشد الى الحائط بقفل بحيث لا يمكن لاحد أن يحركه أو يأخذ منه شيء دون اذن من الحكيمة . ويقتضى النظام أيضا عدم ترك أى نوع من

الدواء بجانب المريض ، كما ان الممرضة تتاكد دائما من أن المريض قد اخذ علاجه أمام عينها ، فهى لا تغادر السرير مثلا الا عندما ترى المريض وقد ابتلع الاقراص . وتتعرف الممرضة على نوعية العلاج المقرر لكل مريض عن طريق قائمة موجودة فى الدولاب ، مدون بها تفاصيل علاج كل مريض والمواعيد الخاصة بذلك .

ومن شأن هذا النوع من التنظيم والضبط أن يمنع حدوث أية اخطاء فى اعطاء العلاج أو فى جرعاته . ويؤدى ايضا الى التغلب على مشكلات المرضى الذين يمتنعون احيانا عن تناول العلاج المقرر . فقد حاول بعض المرضى — على سبيل المثال — الامتناع من تناول الاقراص المساعدة على النوم بدعوى انهم يرغبون فى النوم بطريقة طبيعية . وقد كان من السهل على الممرضة أن تناقشه وتقنعه بأهمية تناول الاقراص ومن الطبيعى أن ذلك كان يمكن الا يحدث اذا كانت الاقراص تعطى للمريض فقط ثم يترك وشأنه بعد ذلك .

والملاحظ لما يوجد فى هذا العنبر وطريقة العمل فيه يمكنه أن يدرك تماما أن وجود اجهزة وادوات واستعدادات داخل العنبر تعتبر جانبا اساسيا لاكتمال الخدمة الطبية . ولكن هذه الاجهزة والاستعدادات لن تعمل من ذاتها . بل أنها يمكن أن تكون عديمة القيمة ، بل ضارة ، اذا أسىء استخدامها ، واذا لم يكن هناك قدر من التنظيم والالتزام والاهتمام الشخصى لدى من يستخدمها كما سبق وذكرنا ، بحيث يتعرف على الطريقة المثلى لاستخدامها ، والحالات التى تستخدم فيها بحيث يؤدى ذلك الى افضل نتيجة .

وعلى الرغم من أن التدرج فى المركز فى العنبر وجد لكى يحقق عملية ضبط النظام التى تؤدى فى النهاية الى تحقيق خدمة المريض ، فان طابع شخصية الفرد يمكن أن يؤثر على امكانية قيامه بتنظيم وضبط العمل داخل العنبر . فقد لوحظ أن توفر بعض الصفات التى فى الافراد الذين يتبوؤن مكانة عالية وبتوقع منهم قيادة غيرهم فى آداء الاعمال فى العنبر قد يسهل أو قد يعوق آداءهم للادوار المتوقعة منهم بالطريقة التى يقرها التنظيم . وعلى سبيل المثال فان بعض الرئيسات قد كن متشددات فى اصدار الاوامر وتطبيق العقوبات على الممرضات . فى هذه الحالة سوف تحاول الممرضات ارتكاب الاخطاء والمخالفات التى يمكنهن ارتكابها بعيدا عن اعين الرئيسة ، أو أن يفعلن فى غيابها ما لا يستطعن فعله فى حضورها اذ ان ذلك يصبح تعويضا عما يلاقونه منها من تعسف ، ومن يمكن أن يعلقن بعض التعليقات عليها عن طريق الهمس الذى لا يمكن ان تسمعه . وكذلك الحال بالنسبة للرئيسة التى لا تتصف بالحزم اللازم . او التى تتهاون عن مطالبة الممرضات بتنفيذ التعليمات . فهذا يمكن ان يؤدى الى أن يتعود افراد الفريق الذى تراسه على الاهمال

والتهاون . وبالمثل فان سـمة التردد فى اتخاذ القرارات ـ خاصة فى الحالات الطارئة ـ تفقد اعضـاء الفريق الثقة فى قدرة الرئيسة على سياسة امور العنبر ، ويعطى ذلك الفرصة لبعض أعضاء الفريق فى اتخاذ قرارات فردية او التصرف فى الحالات الخاصة دون الرجوع الى الرئاسة . اما اذا اشتهرت احدى الرئيسـات باى نوع من التحيز لاحدى اعضاء فريق التمريض أو ضـد اى منهن ، أو اذا ظهر أن لها علاقات شخصية خاصة مع احداهن وانعكس هذا على سياسة الامور واصدار الاوامر داخل العنبر فان ذلك سيلفت نظر بقية افراد الفريق فى سرعة ، وسوف يتبع ذلك سيل من التعليقات بعضـها يتناول الشخصية موضوع اهتمام الرئيسة ، وبعضها يقال سرا .

وقد لوحظ أيضا أن وجود درجة من التفاوت بين التشدد فى اصدار القرار وبين متابعة تنفيذه يؤدى الى التعود على عدم تنفيذ القرارات . فاذا كانت الرئيسة تصدر الاوامر ولكنها لا تتابع تنفيذها ، فان الممرضات سيتعودون على التهاون فى تنفيذ الاوامر . فقد يسمحن لبعض المرضى بأداء ما هو غير مسموح به على مستوى التنظيم وذلك فى غياب الرئيسة . وسـوف لا تنفذ كثير من القرارات . وسوف يتعود المرضى سماع الرئيسة وهى تصدر أوامر يدركون انها لن تنفذ .

وقد لوحظ أيضـا أن فريق التمريض يستجيب بطريقة ايجابية لطابع شخصية الرئيسـة فاذا كانت حازمة سـاد العنبر نوع من الدقة فى تنفيـذ قراراتها والعكس صـحيح . ونفس الشيء بالنسـبة للمرضى ، فاذا كانت الممرضة حريصة على تنفيذ الاوامر بدقة أدى هذا الى التـزام المرضى بهـا ، أما اذا كانت متهاونة فسوف يشجع هذا المرضى على التهاون .

على الرغم من أن تقسيم العمل يزيد من درجة اتقان الفرد للعمل الذى يؤديه . الا انه لوحظ فى آداء الاعمال المختلفة داخل العنبر أن كل شـخص كان مدربا على العمل الذى يؤديه الآخر . بجانب أن كل فرد من أعضـاء فريق التمريض كان عليه أن يقوم بأعمال متعددة . وقد ادى هـذا الى سرعة انجـاز المهام المطلوبة من فريق التمريض بصرف النظر عن وجود شخص محدد . فقد سـاد فى هذا العنبر ما يمكن أن نطلق عليه « مزج بين تقسـيم العمل والتعاون » فى آداء العمل .

وعلى سبيل المثال اذا كانت مهمة رئيسة العنبر هى ضبط كل الانشطة داخل العنبر وابلاغ احوال المرضى الى الاطباء . واذا كانت مهمة مسـاعدتها فى آداء بعض اعمال التمريض وتعليم الممرضات الحديثات ، واذا كانت هناك بعض الاعمال البسيطة توكل الى الطالبات الصغيرات فان كل هذه الفئـات

كانت تتعاون معا فى آداء معظم الاعمـال فى العنبر . ولم يكن هناك اعتبـار للرتبة فى آداء كثير من الاعمال ، فالرئيسـة قد ترفع ورقة ملقاه على الارض لتلقيها فى سلة المهملات او تنظيف دولاب مريض ، أو تساعد مريضـا فى ارتداء ملابسه ، او تجمع الزجاجات التى بها عينـات البول من المرضى لتحليلها . ولكن لم يحدث أن امتد هذا الى ان يتصرف — من ليس له حـق التصرف — فى مسالة العلاج الطبى ، فحـالات اصابة الجروح بميكروبات ، أو حـالات التدهور المفاجئة ترفع الى الطبيب ، أما الحالات التى تحتاج الى أقراص منومة أو غيرها — مما يسمح للرئيسة أن تقرره دون رجوع الى الطبيب — فلم يكن ممكنا لاى ممرضـة ان تؤديه دون الرجوع الى الرئيسة . وكل مـا لوحـظ أن المعلومات كانت تصل فى سرعة فائقة من اى شخص تصـل اليه شكوى المريض الى الرئيسـة أو الى الطبيب .

وقد كان من السهل على الملاحظ المدقق أن يدرك أن هـذا التعـاون قد ظهر بسبب وجود شعور مشترك بين هذا الفريق هو الاحسـاس بان « العنبر هو مسئوليتنا جميعا » فكل عضـو فى الفريق مسـئول عن كل شيء ويحرص على أداء عمله على أكمل وجه ، فقد لوحظ أن اعضاء كل « نوبة » يحرصون على التعاون والعمل الجاد قبل نهاية نوبتهم ، لكى يتركـوا العنبر نظيفا ومعدا ، ويتركون التعليمات واضحة لاعضاء النوبة التى تليهم ، واثناء ذلك يمكن للرئيسـة أن تنظف العنبر أو ترتب الاسرة . ويشجع ذلك صـغار الممرضات على أن يقمن باعمال ليست من اختصاصهن بل من اختصاص عمال النظافة . . وهكذا . وبصفة عامة فان هذا الفريق كان يحرص عـلى العمـل كوحدة وليس كأفراد .

أما من حيث محددات ومتطلبات الدور ، والصراع الذى يمكن أن يحدث لبعض الذين يؤدون ادوارهم فى العنبر فاننا نود أن نشـير الى أن هنـاك اختلاف فى بعض جوانب الدور الذى تؤديه الممرضة فى المستشفى فى بلد مثل انجلترا ، والدور الذى تؤديه الممرضـة فى مجتمعنا . كما أن هنـاك اختـلاف فيما يتعلق بالمشكلات التى ترتبط بكل دور وفقا لتباين الظـروف . فالمشكلات التى سنناقشها هنـا وتتعلق بالادوار تختلف عن تلك المشكلات التى ترتبط بنفس الادوار فى مجتمعنا المصرى . ومع ذلك فنحن نهتم بتحليلها لانهـا تلقى ضـوءا على أبعاد المشكلة مع اتفاقنا على اختلاف التطبيق تبعـا للظروف الاجتماعية . وعلى سبيل المثال تتطلب محددات دور الممرضـة أن تمتنع عن بعض انواع السلوك ، وأن تنفصل بين ادائها للدور الذى يتطلب منها التفاعل الكامل مع المريض ، وبين ما ينشأ فى نفسها من مشـاعر تجاه العمل الذى تؤديه أو تجاه المريض الذى تتعـامل معه . كما أن عليها أن تكف عن التمييز بين شخص وآخر بنـاء على ارتياحها أو عدم ارتياحها له . هذا على الرغم

من أنها تؤدى واجبها فى العنبر كممرضة وانسانة ايضا ، ومن الواضح أن هذا الاعتبار المزدوج يعرضها لعديد من المشكلات والمواقف الصعبة .

وقد كان من أوضح محددات دور الممرضة فى هذا المستشفى ألا تتقبل مالا أو مقابلا فى اية صورة من مريض ، والا تتقبل الهدايا ، والا تشرب النبيذ أو الخمر فى العنبر اذا دعيت الى تناول كاس . فقد كانت الحدود المسموحة هى أن تأخذ قطعة من الشيكولاته اذا قدمها اليها مريض . كما كان محظورا على الممرضة اقامة علاقات مع المرضى خارج نطاق المستشفى بعد اتمام الشفاء .

وتبدو محددات الدور صعبة التنفيذ او مربكة حينما يكون على الممرضة أن تحقق توازنا كفؤا بين انفعالاتها بمشكلات المرضى ، بين محددات الدور التى تأمرها بالا يصل انفعالها بالمريض وانشغالها به الى مستوى العاطفة ، وأن تساوى فى المعاملة بين من تنفعل بمشكلاته ، ومن لا تجد لمشكلاته صدى فى نفسها . وعليها أن تتحكم فى نفسها وفى مشاعرها وسلوكها حينما تجد أن ذلك سوف يجعلها تخرج عن حدود الدور المرسوم . ويتحتم عليها الاختيار الصعب ايضا عندما تؤدى الخدمة على اكمل وجه فيطلب منها المريض أن تتقبل هدية ، كهدية وليس كرشوة ، فهى يجب عليها أن ترفض على الرغم من أنها تدرك أن المريض يسر عندما تقبل منه شيئا . وهى — لا شك — كانسانة يعجبها أن تسمع كلمات الاعجاب ، ولكن اذا استجابت لها استجابات معينة فيمكن أن تفقد هيبتها ومكانتها . بل أن الاختيار الصعب يمكن أن يصل الى مستوى الصراع عندما يطلب منها احد المرضى استمرار العلاقة بعد مرحلة الشفاء . وأحيانا يطلب المرضى ذلك . ويحدث الصراع حينما تكون الممرضة — لسبب أو لآخر — لديها نفس الرغبة او تكون قد حملت له نفس المشاعر بسبب تفاعلها مع مشكلته او بسبب طول فترة اقامته فى العنبر . ويحدث هذا على وجه الخصوص مع المرضى الذين يدخلون المستشفى مصابين فى حوادث أو حالات خطرة . فى هذه الحالة تقوم هيئة التمريض بدور فعال فى اعادة المريض الى حالته الطبيعية . ففى هذه الفترة تتولد لدى المريض مشاعر وانفعالات يصعب معها أن يتصور أن علاقته بهؤلاء ستنتهى بمجرد خروجه من المستشفى وتزداد هذه المواقف حدة حينما يكون هناك تقارب فى السن أو المستوى الاجتماعى بين المريض والممرضة . ولا يخفى علينا أن نفس هذه المواقف يمكن أن تتكون بين الطبيب ومريضة ، الامر الذى يتطلب منه دائما قدرا من الحرص بحيث يحقق دائما الاقتراب من مريضة والابتعاد عنه لكى يستطيع أن يحافظ على القواعد الخاصة بدوره .

ويمكن أن يؤدى دور الممرضة الى الصراع ايضا بسبب انه يفترض أن

الخدمة تقدم لكل مريض شخصيا ، ويفترض أن يشعر كل مريض انه يعامل معاملة حسنة . وأحيانا يؤدى مراعاة المرضة لهذا الجانب من دورهـا أن يشعر بعض المرضى أن هذه المعاملة معاملة شخصية ، وربما يشـكون فى نية الممرضة .

ويمكننا أن نلحظ سوء التكيف فى اداء الدور لدى المرضى . فالمـريض عندما يدخل الى العنبر عادة لا يمكنه التكيف لدوره كمريض كمـا تحـدده المستشفى . فهو يظل يشعر أنه « فلان » وليس « المريض » . ولهـذا كثيرا ما كانت كلمة « المريض » أو « العيان » التى تسـتخدم كثيرا فى المستشفيات كلمة مؤلمة بالنسبة له (ويلاحظ انها نادرا ما تستخدم فى العيادات الخاصة) وقد اهتمت الممرضات فى هذا العنبر بان ينادى كل مريض باسمه . ويدل على حساسية المريض للكلمات وعدم قبوله لدوره كمريض ما ذكره أحـد المرضى من أنه عندما قابل الممرضة فى الكنيسة تضايق لانها قدمته الى صديقتها على أنه « المريض فلان » ، وقد كان يود أن تكتفى بتعريفه على أنه « فلان » .

وينتاب المرضى فى هذه الفترة مشاعر متباينة يجب وضعها فى الاعتبـار لكى يستطيع الفريق المعالج أن يتقبل المريض على نحو يساعده على أن يتدم الخدمة على اكمل وجه . فبعض المرضى — وخاصة هؤلاء الذين لم يعتادوا أن يأمرهم أحد — يجدون أنفسهم فى هذا الوقت مطالبون بتنفيذ كل ما يؤمرون به . ونظرا لانهم يشعرون فى هذه الحالة وكأنهم أصبحوا أطفالا فانهم يشعرون بفقدان الهوية وبانهم غير قادرين على التكيف والتكامل مع هذا الوسـط . لهذا يعيشون طوال فترة وجودهم فى المستشفى فيما يشبه الاكتئاب . وهؤلاء يحتاجون الى معاملة خاصة .

كما يرغب بعض المرضى فى الحفاظ على استقلالهم فى فترة العلاج أيضا . فهم يفضلون أن يغيروا ملابسهم بأنفسهم ، أو يذهبوا الى المرحاض سـيرا على أقدامهم ولا يفضلون الذهاب على كرسى متحرك أو محمـلين . وقـد لوحظ أن البول يحتبس لدى بعض المرضى حينما يطالبوا بالتبـول فى السرير حينما تستدعى حالتهم ذلك ، وتختفى هذه الظاهرة غالبا بمجـرد أن يتمكن المريض من الذهاب الى المرحاض . وفى هذه الحالات التى يود فيهـا المريض أن يظل مستقلا يكون عمل هيئة التمريض هو المباشرة والمراقبة والتأكد من اداء المريض لـما يريده .

ويعانى بعض المرضى فى فترة المرض من تضخم الشـفقة على الذات ، اذ تصبح نفسه هى مركز اهتمامه . لهذا يشعر بالضيق من تاخر أى طلب ،

كما يشـــعر بالضـــيق اذا اهتم الفريق المعالج بغيره اكثر من الاهتمام به . ويحدث هذا على وجه الخصوص عندما يبدأ فى التماثل للشـــفاء حيث انه يتوقع استمرار نفس الرعاية التى كان يلقاها فى شدة المرض .

ويحتاج الفريق الذى يعمل فى العنبر دائما أن يدرك أن عدم تكيف المريض لدوره وقلقه على نفسه ينبغى أن يقابل بالصبر والبشاشة . بعض المرضى يسالون عشرات الاسئلة عن مرضهم ، وعن علاجهم ، وعن الاحتمالات المتوقعة التى تتعلق بتطور حالتهم الصحية . ويزيد من قلقهم وضيقهم احساسهم بتكاسل أعضـــاء فريق العلاج عن الاجابة السريعة والمريحة . وقد اعتادت احـــدى الحكيمات تشجيع مريض كان يسأل أسئلة كثيرة عن حالته ولكنه كان يشعر بالحرج من ذلك بقولها « لو كنت محلك كنت سألت نفس الاسئلة . . الاذكياء دائما هم الذين يسألون » .

العـــلاقات داخـــل العنبر

علاقة فريق التمريض بالمرضى :

من الطبيعى أن تأدية العمل كواجب والتزام يعد مطلبا أساسيا فى أية مهنة . ولكن تأدية العمل فى قطاع خدمة المرضى يتطلب اكثر من ذلك ، نظرا لان هذا العمل يؤدى من خلال علاقة بين القائمين بالخدمة الطبية وبين المريض . ونظرا لحساسية موقف المريض فهو يتوقع قدرا من العلاقات الانســـانية ، وقدرا من الاهتمام يوجه اليه ممن يؤدون الخدمة . وعلى سبيل المثال فقد لوحظ أن سرعة الاستجابة لطلبات المريض تؤدى الى احساسه بالامن ، كمـــا أن تقديم الخدمة بوجه باش لا يدع للمريض فرصة الاحساس بانه شخص مقلق .

وفى هذا العنبر ، على الرغـــم من أن كل سرير لم يكن مزودا بجرس لاستدعاء المرضة ، الا أن النشاط الدائم وتكرار مرور الممرضـــات فى العنبر أدى الى الاستجابة السريعة لاى نداء ، والتصرف السريع فى أية مضاعفات . وقد لاحظ المرضى الذين استدعوا اعضـــاء فريق التمريض الساهرين طوال الليل أنهم يعملون بنشاط وكانهم فى الصباح ، فلم يدع هذا فرصـــة للمرضى لان يشعروا انهم اقلقوا المرضة من نومها ، بعكس الحال اذا ما كانت المرضة تاتى للمريض وهى شـــبه نائمة . وقـــد لوحظ أن الحكيمة كانت تطلب من الممرضـــات اداء عملهن والاستجابة للمرضى بهمة ونشاط ، وكانت تعطى نموذجا للجميع بانها لم تكن تسير فى العنبر ببطء على الاطلاق . كذلك لم يلاحظ

احد انشغال الممرضات او الحكية عن المرضى بسبب الحديث مع الاطباء .

وبقدر ما كان فريق التمريض حريصا على آداء الخدمة فى أوقات منتظمة ، فقد كان حريصا على تعليم المرضى نظام العنبر بالسلوك وليس بالكلام . فجميع أعضاء فريق التمريض يتكلمون بالهمس أو بصوت شديد الانخفاض ، خاصة ليلا وبعد اطفاء انوار العنبر . وكانوا يحرصون على تغطية السرير بالستائر اذا أراد مريض ان يظل ساهرا للقراءة . وكان هناك حرص على التردد على المريض الذى لم ينم فى موعده حتى يتم التأكد أنه قد نام بالفعل .

وقد كانت هناك بعض التصرفات التى تشعر المرضى باهتمام فريق التمريض بهم . وعلى سبيل المثال كانت المرضة تهتم بالزهور التى تصل الى المرضى من ذويهم . فقد كانت المرضة تضع الزهور فى زهرية ، وتهتم بها يوميا من ذاتها . هذا بجانب عبارات الثناء الخاصة باختيار نوعية الورد وما الى ذلك . وكانت المرضة حريصة على ترتيب سرير المريض كلما غادره الى اى مكان . فبمجرد ان يغادر المريض سريره ، تاتى ممرضتان ، وفى أقصر وقت ممكن تتعاونان فى ترتيب السرير مرة أخرى .

ومن اهم الامور التى كان يهتم بها أعضاء فريق التمريض هى معاملة جميع المرضى معاملة من نوع واحد . فقد كان كل مريض يشعر أنه يوجه اليه اهتمام خاص منذ اللحظة التى يدخل فيها العنبر الى لحظة مغادرته العنبر . فعلى قدر ما كان فريق التمريض حريصا على العناية بالمريض خلال فترة العلاج ، كان هذا الاهتمام يظل الى الوقت الذى يأمر فيه الطبيب بخروج المريض . فعندما يأمر الطبيب بخروج المريض كان يجد مساعدة فعالة فى تجهيز حاجاته ، وتحضير الادوية التى قد يحتاج اليها بعد خروجه من المستشفى ، والاتصال بذويه للحضور الى المستشفى واستلامه ، او احضار التليفون له للاتصال بهم . وقد كانت المرضة التى تتوقع خروج مريض من المستشفى اثناء قيامها باجازة تحرص على توديعه قبل قيامها بالاجازة .

وقد كان طبيب التخدير حريصا على مقابلة المريض قبل اجراء الجراحة بيوم ، بحيث يقوم بشرح ماذا سيتم فى اليوم التالى (يوم اجراء الجراحة) ويجيب على أسئلته . وتقوم مساعدة طبيب التخدير (وهى طبيبة أيضا) باجراء مقابلة مع المريض حيث تلقنه التعليمات التى يجب أن يتبعها لكى يتجنب ... مقابلة طبيب التخدير ومساعدته قبل اجراء الجراحة كان لها اثر هام على اطمئنانهم وتبديد كثير من الاوهام والتخوفات التى كانت تروادهم . ويلاحظ أن طبيب التخدير هو الشخص الوحيد الذى يقابل المريض فى حجرة صغيرة قبل دخوله حجرة العمليات حيث يحقنه بالمخدر . وعلى الرغم من أن مقابلة المريض

للطبيب على باب حجرة العمليات لا تستغرق أكثر من دقيقة وبعدها لا يشعر المريض بنفسه ، الا أن المرضى ذكروا أن المقابلة التى تمت فى اليوم السابق للعملية تؤدى الى وجود احساس بالراحة لدى المريض عند مقابلته . وما يحدث هو ان المريض ينشغل فى الرد على تحية الطبيب ، وتذكر مقابلة الامس ، وفى هذه اللحظة يكون قد تم تخديره فلا تكون هناك فرصة للاضطراب .

وقد كانت هناك بعض الكلمات والعبارات التى تعـود مرضى العنبر على الاستماع اليها بصفة دائمة ، وهى تدل كلها على شـدة الاهتمام بالمرضى . وعلى الرغم من ان هذه العبارات لا تدخل ضمن المتضمنات الرسمية لاداء الوظيفة بالنسبة للممرضة . الا انها كانت تستخدم بكثرة فى العنبر ، وكانت تستخدم مع كل مريض . وعلى سبيل المثال ، كان المريض يسمع بعد تناوله طعامه دائما من الشخص الذى يجمع الاطباق وينظف المائدة السؤال الآتى : « هل استمتعت بهذه الوجبة ؟ » واذا كانت الاجـابة بنعم فان الرد يكـون عادة : « حسـنا » . وعندما يريد المريض وضـع السكر فى الشاى — على الرغم من أن السـكر قد يكون شديد القرب من المريض ويمكنه تناوله بسهولة — الا أن من يقدم له الشـاى عادة مـا يسـأله « هل تريد سـكر ؟ » . واذا أجاب المريض بنعم فانه يسمع السـؤال الثانى : « هل يمكنك تناوله ؟ » . وهى تعنى الاستعداد للمساعدة فى تناول السكر .

ونظرا لان النظام فى العنبر كان يقتضى أن يتم ترتيب سرير كل مريض قبل النوم ، فان محاولة الممرضة أو الحكيمة القائمة بالعمل ترتيبه بأفضـل صورة ، ومحاولتها الاشتراك فى تغطية المريض ، ثم سؤلها : « هل تشـعر بالراحة ؟ » . كانت كلها تعنى مزيداً من الاهتمام بالمريض . الامر الذى يؤثر فى العلاقة بين فريق التمريض ، وبين المرضى . وقد تعودت بعض الحكيمـات المسئولات عن العمل فى العنبر فى المسـاء أن تخبر المريض فى صباح اليوم التالى أنه قد نام نوما عميقا . كذلك فان حرص الممرضـات على ترتيب كل الاسرة قبل نوم المرضى ، وجعلها فى احسن صورة ممكنة ، وحرصهن عـلى وضع الوسـادة فى الوضـع الذى يريح المريض دون محاولة لاظهار التعب أو الملل كان عاملا أساسيا من عوامل توفر العلاقات الحسنة ، مع عدم ترك الفرصة للمريض أن يشعر بانه عبء على فريق التمريض .

أما المرضى الذين يعانون من الالم ، أو هؤلاء الذين اجتازوا مرحلة خطرة فهم عادة ما يكونون فى حاجة الى مزيد من الاهتمام والرعاية الطبية والنفسية عن غيرهم من المرضى . وقد تعود هؤلاء المرضى أن يسمعوا أعضـاء فريق التمريض يسألونهم دائما (عند مرورهم على السرير لاداء أى عمل) السؤال التالى : « هل أنت بحالة جيدة ؟ » . أو « هل تشـعر بتحسن ؟ » . واذا كانت

الاجابة بالايجاب فان المريض يسمع دائما كلمة « حسنا » . اما المرضى الذين كانوا يعانون من الالم فقد كانوا يسمعون دائما هذه العبارة : « لا تقلق .. اين ابتسامتك ؟ » .

كما ذكرت قبل ذلك كان العنبر هو عنبر جراحة رجال . وكان فريق التمريض يتكون من اناث فيما عدا اثنين من الرجال يعمل كل منهما ممرضا فى العنبر . وعلى الرغم من أن الرجال قد اختصوا ببعض أعمال التمريض ، الا أن الممرضات الاناث كن أكثر اتصالا — بحكم عددهن — من الذكور بالمرضى .

ونظرا لان العنبر عادة يضم مرضى من مستويات وثقافات وأعمار متفاوتة فان اتجاهاتهم نحو الممرضات كانت متفاوتة ايضا . وهى يمكن أن تتدرج من مستوى الاحترام الشديد للموقف وقبول الممرضة على اساس أنها تقوم بمهمة خاصة ، الى مستوى المعاكسة المبتذلة . (يظهر هذا بصفة خاصة فى عنابر الجراحة حيث الاجراءات الطبية الخاصة ، وعندما يكون سن المرضى أقرب الى سن الشباب ، وعندما يكون المريض من جنس يختلف عن جنس القائم بعملية التمريض) . ولكن على الرغم من أن الكلمات والتلميحات والمضايقات يمكن أن تصدر عن المرضى ، فان العامل الحاسم فى استمرارها أو توقفها هو الاستجابة من جهة الممرضة . فهى يمكن أن تبتسم لكلمة المديح التى تسمعها وتسر بها ، وهى يمكن ألا تلتفت الى كلمة غير لائقة على أساس أنها صادرة من شخص يعيش فترة معاناة ، ولكنها يمكن أن تنسحب من الموقف بسرعة أو تمتنع عن التعليق حينما ترى أن الشخص قد تخطى الحدود اللائقة . اما اذا لم تكن الممرضة شديدة الحزم ، أو ابدت أية استجابة لا تتفق وأخلاقيات المهنة فان ذلك يمكن أن يقلب العنبر رأسا على عقب . وقد يتوقع منها غيره المثل . ويلاحظ أن المرضى عادة ما يكونوا شديدى الملاحظة لسلوك الممرضة او الحكيمة مع الطبيب وهم اذا لاحظوا سلوكا غير مقبول فقد يتوقعون أن تسلك معهم أيضا بنفس الطريقة .

ولقد لوحظ بصفة عامة أن المرضى يميلون الى التحدث كثيرا الى الممرضة الجميلة . او التى تتصف بأية صفة أخرى مثل أن يكون صوتها جميلا أو تكون معاملتها حانية .

وتسود لدى المرضى تصورات عن كل واحدة فى هيئة التمريض ، ويؤثر فى ذلك وعيهم بالتدرج المهنى ، فهم يتصورون مثلاً أن الممرضة يمكن أن تتبادل معهم الكلمات العاطفية ، لكنهم يستبعدون ذلك من الحكيمة ، لهذا لا يحاولون اظهار أى سلوك من هذا القبيل نحوها .

وقد صدرت من المرضى تعليقات وأنواع من السلوك تدل كلها على احتلال الجنس مكانة هامة فى تفكيرهم أثناء فترة وجودهم فى العنبر ، وتدل أيضا على حساسيتهم لكل ما هو جميل أو قبيح فى الجنس الآخر الذى لا يرون منه الا الممرضات . فقد كان البعض يختلقون الحجج لاستدعاء الممرضة والتحدث اليها ، حتى ولو كان ذلك يصل الى حد افتعال أنه يعانى من الألم . وقد كان البعض الآخر يسعد بالاجراءات الطبية التى تجريها له الممرضة : ويحاول ان يتكلم معها طوال فترة وجودها بجوار سريره . وقد تمنى مريض أن يأخذ حماما بمساعدة الممرضة ، أو أن يقرر له الطبيب علاجا طبيعيا لكى تتولاه الممرضة .

ومن الواضح أن كل هذه النماذج من السلوك ترتبط بخلفيات المرضى ونمط تنشئتهم ومستواهم التعليمى . وهى تعبر عن أن المريض يحاول — كما يحاول فى مجالات أخرى خارج المستشفى — أن يستفيد على نحو ما من وجود الجنس الآخر فى العنبر . كما يدل على أن العلاج والرغبة فى الشفاء لا تكون هى الشاغل الوحيد للمرضى فى فترة وجودهم فى العنبر ، بل هناك اهتمامات أخرى يمكن أن تظهر فى هذا المجال ، وأن كانت تتصف بانها مؤقتة .

وهناك ملاحظتان :

الاولى : هو أن الزى الموحد الذى ترتديه الممرضات يساعد — الى حد ما — على تقليل التمايز فى مظهرهن . وعلى الرغم من انه لا يلغى التمايز فى الشكل الا أنه يقلل من فرصة الممرضة فى اظهار تميزها أو ارتفاع مستواها الاقتصادى خاصة اذا كانت هناك تعليمات موحدة متعلقة بطريقة تفصيل الزى ، وطريقة ارتدائه ، ونوعية الاقمشة .. الخ .

والثانية : لوحظ أن اهتمام بعض المرضى بالتحدث الى الممرضات أو التحدث عنهن يبدأ بعد اجراء الجراحة وليس قبلها . فالفترة قبل اجراء العملية عادة ما تكون قصيرة وقلقة بسبب ما ينتاب المريض فيها من انفعالات ، أما الفترة التالية للعملية وخاصة بعد أن يلتئم الجرح فهى الفترة التى يشعر فيها المريض انه اصبح طبيعيا ، ويسلك بطريقته المعتادة . وذلك بسبب تخلصه من التوتر . وقد كانت الفترة التى يقضيها المرضى فى الملحق فى هذا العنبر هى الفترة التى تظهر فيها هذه التصرفات بصورة واضحة بسببه وجود وقت فراغ لدى المرضى ، وبسبب عزلتهم النسبية عن مكان ادارة العنبر الامر الذى يسمح لهم بمزيد من الحرية فى التصرف والمناقشة والتعبير .

العلاقة بين المرضى :

لا شك أن اقامة عدد من المرضى فى العنبر يؤدى الى ظهــور كثير من أنواع العلاقات بينهم . وتتنوع هذه العلاقات وتختلف فى درجة قوتها حسب نوعية الاشـــخاص وتباينهم او توافقهم ، كما تختلف حســـب نوعية المرض ، وحسب الفترة الزمنية التى يقضيها المريض فى المستشفى . فبعض المرضى اكثر الفة ويستطيعون اجراء اتصال مباشر بالآخرين بمجرد دخولهم العنبر . وبعضهم فضولى ، وهذا النوع ايضا يمكنه أن يتصل بالآخرين بسرعة . ولكن علاقاته تميل الى أن تأخذ اتجـــاها واحـــدا وهو سؤال الاخـــرين عن احوالهم وعن أوضاعهم وظروفهم . وعادة لا يجد المرضى الذين من هذا النوع استجابة ممن يحبون أن يحتفظوا لانفسهم باسرارهم . وهناك نوع من المرضى شديد التعاون يحاول أن يساعد غيره حتى ولو كان هو فى حاجة الى المساعدة ، وهذا النوع قادر على تكوين علاقات مع الاخرين إكثر من غيره . واذا كان عامل الزمن يعد عاملا اساسيا فى المساعدة على تكوين العلاقات ، الا أنه لوحظ أن المرضى قد يحاولون اقامة عـــلاقات مع المريض الجديد بأكثـــر سرعة يدفعهم الى ذلك احساسهم بانه غريب على هذا الوسط ويجب تعريفه بما سبق لهم أن عرفوه ، ويدفعهم أيضا الى ذلك احساسهم بانهم قد اجتازوا خبرة يجب أن ينقلوها الى المريض الجديد . وهم يشعرون فى ذلك انهم يشغلون مكانة غير رسمية فى العنبر . وهذه تسمح لهم بان يخبروا المريض الجديد ببعض أسرار العنبر ، وبنوعيـــة الشخصيات العـــاملة فيه ومدى تعاونهـــا ، وبالجوانب السلبية والايجابية فيه . وطبيعى أن المريض لا يستطيع أن يعرف ذلك الا منهم وذلك بسبب الطبيعة الرسمية التى يفرضها الدور على هيئة التمريض .

كذلك لوحظ أن بعض المرضى ـــ سواء بسبب طبيعة شخصيتهم ، أو بسبب ظروف مرضهم ـــ لا يحبون اقامة علاقات مع مرضى آخرين مهما طالت فترة اقامتهم فى العنبر .

وبصفة عامة تنشأ انماط من التعاطف بين من ينتمون الى خلفية اجتماعية واحدة ، أو بين من تتشابه أمراضهم أو تتشابه العمليـــات التى تجرى لهم . وينشأ شعور مشترك أيضا بين من تجرى لهم الجراحة فى يوم واحد ، وذلك بسبب الاحساس المشترك بمواجهـــة موقف شديد الوطـــأة على النفس ، وبسبب ارتباطهم ببعض فى أوقات كثيرة مثل أوقات اخذ العينات للتحليل ، أو كشف الاشعة . كما أنهم غالبا ما يخضعون لنظام موحد فى التغذية قبـــل العملية ، ويسمعون تعليمات مشتركة . ولكن لوحظ ايضـــا أن التواصـــل الوجدانى والتفاعل الاجتماعى ، والتعامل الشخصى يكاد ينقطع فى يوم اجراء

الجراحة نفسه ، فكل منهم يميل الى ان يفكر فى نفسه ، وفيما سيحدث له . ويحاول كل منهم ان يدقق النظر فى غيره وهو ذاهب الى حجرة العمليات . بل وتظهر بعض المشاعر الفردية عند كل منهم فقد يفكر احدهم انه كان يود لو انه كان اول من اجريت لهم الجراحة بدل أن ينتظر الساعات الطوال ويتعذب عندما يرى غيره متادا الى حجرة العمليات.

ويميل المرضى أيضا الى اقامة علاقات مع من يعانى من الاحساس بالغربة ، كما انهم يكونون أكثر تعاطفا مع صغار السن . خاصة اذا ضم العنبر فى نفس الوقت عددا كبيرا من البالغين ، وعددا صغيرا من الاطفال أو صغار السن الذين تجرى لهم نفس الجراحات .

ويتدخل نظام العنبر ، وروتين العمل اليومى فيه فى تحديد علاقات المرضى ببعضهم بحيث يسمح بها فى وقت معين ، ويمنعها فى وقت آخر حتى ولو اراد المرضى تحقيق أى قدر من الاتصال بينهم . فأوقات توزيع العلاج ، ومرور الاطباء لفحص المرضى ، وأوقات الزيارات والوقت القصير قبيل الزيارة كلها اوقات لا يمكن للمرضى أن يتصلوا ببعضهم فيها . وفى العنبر الاساسى يعتبر وقت تناول الغذاء وقتا لا يتم فيه اتصال بين المرضى نظرا لان كلا منهم يتناول طعامه على سريره منفردا ، اما فى الملحق فان المرضى يجلسون حول الموائد الصغيرة ، ويتناولون طعامهم . وفى هذه الحالة يمكنهم أن يتجاذبوا اطراف الحديث .

وتدور احاديث المرضى حول موضوعات شتى . حول الجراحات التى تجرى فى العنبر وحول نوعية الغذاء الذى تقدمه المستشفى ، وحول المرضى الذين يهابون اجراء الجراحة ، وحول المرضى الجدد أو الذين غادروا المستشفى ، وحول مهارة الاطباء ، وحول الممرضات ، فهم يعلقون على من تؤدى واجبها بهمة ونشاط ، ومن تتعالى على المرضى ، أو المفخورة بنفسها ، وعلى الرغم من أن اتجاهات المرضى قد تختلف نحو شخص أو آخر من اعضاء فريق المستشفى الا إنه عادة ما يكون هناك اتفاق عام على الصفات الاساسية المميزة لكل شخصية . ونظرا لان المرضى يدركون أن آراءهم واحكامهم لن تغير شيئا فانهم يكتفون بأن يكون هدفها هو الاستهلاك المحلى أو التسلية وقضاء الوقت .

وهناك اوقات تتأثر فيها العلاقات وقنوات التفاعل بين المرضى وينعكس هذا على مشاعرهم . فالمريض الذى يلاحظ الورود التى تصل الى غيره من أصدقائه وذويه قد يتأثر بسبب عدم وجود من يرسل اليه وردا مماثلا . ويؤدى صدور القرار بخروج مريض من المستشفى الى مشاعر متباينة لدى غيره من

مرضى العنبر ، فقد يشعر مريض بأسى أثناء وداع صديق رافقه فى فترة عصيبة من حياته ، وقد يشعر آخر بالحزن لانه لم يعاف بعد ولم يصدر قرار الافراج عنه . كذلك يثير منظر المريض بعد خروجه من حجرة العمليات ووصوله الى العنبر مشاعر متباينة فى نفوس زملائه ، فهم يدققون النظر فيه ، ويحاولون أن يستمعوا الى هلوساته ، والى طريقة ايقاظه ثم يغوص كل منهم فى تفكير عميق حول ما سيحدث له بعد فترة من الوقت (١) . وكل هذه صور للاتصال الشخصى والروحى والوجدانى بين أهالى العنبر .

أما العلاقات التى يمكن أن تنشأ بين المرضى خارج حدود العنبر فهى قليلة . فقد ثبت أن كثيرا من المرضى لا يودون استمرار علاقتهم مع مرضى آخرين بعد خروجهم من المستشفى . وقد شعر البعض بالضيق ممن طلبوا منهم أرقام تليفوناتهم ، وشعروا أنه يمكن أن يكون ذلك بمثابة رزالة من الشخص الذى يطلب رقم التليفون . وقد يجد بعض المرضى أن فترة الوجود فى المستشفى كانت فرصة للتعرف على شخصياتهم يمكن أن تقدم له خدمة فى المستقبل ، ولهذا عادة ما تكون الرغبة فى اقامة هذه العلاقات من طرف واحد تهدف الى تحقيق مصلحة شخصية . وربما ترجع عدم رغبة الشخص فى اقامة علاقات بعد خروجه من المستشفى أنه يعتبر فترة وجوده بالمستشفى خبرة خاصة ليست سعيدة ، ولهذا لا يود أن تمتد الارتباطات المتصلة بها أو أن يكون لها ذكرى فى حياته العملية فيما بعد .

آراء وتعليقات :

لاحظنا من المناقشة السابقة أنه اذا كان آداء الواجب يعتبر مطلبا أساسيا فى انجاز أية مهنة فان آداء العمل الطبى لا يمكن أن يحقق أغراضه اذا اقتصر على آداء الواجب . فنجاح العمل الطبى يحتاج الى بذل أقصى الجهود ، وأن تقدم الخدمة بطريقة انسانية . وهناك فرق بين أن يشعر القائمون بآداء الخدمة الطبية أنهم أصحاب العنبر ، وبين أن يشعروا أنهم فى خدمة

---

(١) على الرغم من أن فريق التمريض كان حريصا فى هذه المستشفى على جذب الستار التى تعزل المريض الاتى من حجرة العمليات عن غيره من المرضى فى العنبر ، الا أن المرضى كانوا شديدى الملاحظة حتى لتحركات الستارة التى تعنى أن عملا معينا يجرى داخلها . كما كانوا شديدى التصنت لكل ما يصدر من أصوات ، ومن الطبيعى أن الستار لا يمكن أن تمنع هذه الاصوات .

المرضى . فكثير من انواع السلوك المتفاوت الذى يصدر عن اعضاء فـــريق التمريض يمكن أن يرد الى وجود مفاهيم ومشاعر متباينة لدى من يقدمون هذه الخدمة للمرضى . وسوف يتضح ذلك من مناقشة المواقف والاراء والنقـــاط الاتيـــة :

١ ــ هناك سؤال دائما فى هذا المجال وهو : « هل نحن نتحدث الى المريض أم نتحدث عن المريض ؟ » ويفرض هذا السؤال الحقيقة التى مؤداها أن بعض القائمين بعلاج المريض احيـــانا يتحدثون عنه وعن حالتـــه دون أن يتحدثوا اليه ، فى الوقت الذى يحتاج فيه المريض أن يعرف شيئا عن حالته ، ويحتاج أن يجيب الناس على استفساراته لكى يشعر بالاطمئنان . ان أحاديث الاطباء ومناقشاتهم الطويلة عن المريض وهو جالس أمامهم لا يفهم شيئا يثير قلقه ، ويزيد من حيرته خاصة اذا كانت المناقشة بين الفريق الطبى تتم بلغة لا يفهمها المريض . أننا فى حاجة الى أن نعطى قدرا ــ ولو ضئيلا ــ من الوقت لصاحب المشكلة . وعلى الرغم من أن الجميع يدركون ضيق وقت من يقدمون الخدمة الطبية ، وعلى الرغم من أن بعض المرضى لا تنتهى اسئلتهم التى تعبر عن قلقهم وشكهم وهم فى هـــذه الظروف لا يقتنعون بالاجـــابات المبـــاشرة والمختصرة ، الا أن قدرا من الاهتمام بالمريض يعتبر أمرا هاما فى أداء هـــذا العمل .

والمعالج الناجح هو الذى يجيب على اسئلة المريض باجابات صـــادقة وترضيه فى نفس الوقت . ولنعرف أن المريض الذى يسأل عن مدى تدهـــور حالته الصحية يريد أن يسمع الاجـــابة التى تنفى له ما يفكر فيه وتؤكـــد له تحسن حالته . والمريض الذى يحاول الاعتذار عما سببه لفريق التمريض من متاعب نتيجة سوء حالته الصحية أو نتيجة قبوله اللا ارادى يريد أن يجـــد وجها بشوشا يؤكد له أن هذا لم يثر الاشمئزاز وأن ما قاموا به من اجله هو واجبهم وهو عملهم اليومى مع كل المرضى وأنهم يؤدونه عن طيب خاطر .

واذا استطاع من يتولون علاج المريض تكوين فكرة عن حالته الصحية وظروفه الاجتماعية قبل مقابلته بحيث يصبح اللقـــاء معه عبارة عن مقـــابلة واعية وموجهة فان ذلك يمكن أن يضمن ايجابية المريض ويمكن أن يحقق فهما أفضل لظروفه ومشكلاته . ويمكن ان يحدث هـــذا على وجه الخصوص مع المرضى الذين يدخلون المستشفيات لاجراء الجراحات ، أو للعلاج لفتـــرات طويلة .

٢ ــ الاحساس بالحرج والخجل شعور يلازم المريض دائما . فهو عادة ما يشعر انه ضيف ثقيل على هيئة المستشفى . ويزداد الاحساس بالحرج

والخجل فى أوقات الفحص الطبى أو الغيـار وما الى ذلك ، خاصة اذا كان المرض يتصل باعضاء الجسم التى يفترض انهـا مغطاة فى الوضع العادى . وعلى الرغم من أن بعض الناس قـد يفقدون الاحساس بالخجـل فى بعض المواقف ، الا انه يندر ان نجد من يفقد هذا الاحساس كلية فى الموقف العلاجى. وهذا يحتاج الى حرص شديد من جانب القائمين بعملية العلاج أو بالتمريض لتجنب المتاعب النفسية التى يمكن أن يعانى منها المريض .

والواقع ان الحرص على تقليل خجل المريض بقدر ما يمكن أمر حيـوى فى آداء الخدمة الطبية وعامل مؤثر فى الشخص الذى يستقبل هذه الخدمة . فالحرص على تغطية المريض حينما لا يكون من الضرورى كشفه أمرا ضروريا . وحتى فى حالات الاشعة وجدنا أن فى بعض المستشفيات يلبس المريض جلبابا أبيض اثناء اخذ صورة الاشعة . وقد لوحظ أن المرضى كانوا يلاحظون مـدى حرص الممرضة على تغطية المريض وهو غير واع (بعد خروجه من حجـرة العمليات) ومن الطبيعى أنهم يتخيلون أنفسهم فى نفس الموقف . فاذا لاحظوا الاهمال أو عدم العناية بالمريض فان ذلك سيؤثر فيهم عندما يأتى دورهم .

وهناك بعض الاجراءات التى يؤدى مراعاتها الى التقليل من تحـرج المرضى أو اثارة خوفهم . فيمكن الحيلولة دون أن يرى المريض الحقنة التى سيحقن بها (خاصة اذا كانت « الابرة » من الحجم الكبير مثل الابرة المستخدمة فى حالات اعطاء البنج النصفى) . كذلك كانت توضع الحقنة الشرجية والقمع والخرطوم المرتبط بها عند استخدامها فى هـذا العنبر فى أكياس من الورق ، وحتى الورق الذى يستخدمه المريض للبصق كان يوضع أيضا فى اكياس ورقية بحيث يصعب على المرضى التعرف على نوعية العمل الطبى الذى ستعمله الممرضة مع المريض ، اذ ان ذلك يمكن أن يثير شفقة بقية المرضى ، وقد يثير اشمئزازهم أو تقذرهم .

٣ — أن الادوات والملابس والاشياء القليلة التى يأتى بهـا المريض الى المستشفى هى كل ممتلكاته ، وهو يحرص عليهـا وعلى ترتيبهـا ، ويود من الاخرين أن يهتموا بها ، فهى كل شىء بالنسبة له فى عالمه الصغير . ولهـذا سيشعر ان اهمالها هو اهمال له ، والعبث بها هو عبث بممتلكاته .

***

ثقافة العنبـر : نمـط الفكاهة

نشأت بين المرضى المقيمين فى العنبر فى هذه الفترة أشكال من الفكاهة ترتبط بالظواهر السائدة فى العنبر ، وترتبط أيضـــا بظروف وملابسات المرض وبنوعيته . ولا يعنى هذا أن المرضى كانوا يشاركون جميعا فى اطلاق النكات أو فى الاستمتاع بسماعها ، ولكن كان يوجـــد عدد قليل من الاشـــخاص هم أصحاب النكتة وقادة التعليقات على المرضى والاطباء وفريق التمريض ، وكان بقية المرضى يتوزعون بين مشارك ومستمع ومعلق .

ويلاحظ أن معظم ما ساد فى هذه الفترة من فكاهة نشأ وتداوله المرضى فى ملحق العنبر ، فالحجرة صغيرة ، وعدد المرضى اقل ، وهذا يسمح بوجود قدر من العلاقات الاولية ، بجانب أن قرب الاسرة من بعضها ســـاعد على حدوث تفاعل أكثر كثافة بين المرضى . بجانب أن معظم المرضى فى هذا المكان هم من يقضون فتـــرة النقاهة بعـــد التئام الجروح تمهيـــدا لخـــروجهم من المستشفى ، ولم يكن معظمهم يشعر بأية آلام تجعله غير قادر على التفاعل مع الاخرين . بجانب عامل البعد عن الادارة الذى سبق أن ذكرناه ، أضف الى ذلك أن الفترة الزمنية التى عادة ما يقضيهـــا المريض فى المستشـــفى — وهى لا تقل عن عشرة أيام — تساعد على توطد العلاقة بين المرضى ووصولها الى مستوى أولى يسمح بتبادل النكات حتى المتعلقـــة بأخص الامور وأكثرهـــا حساسية .

كما ذكرت قبل ذلك كانت الفكاهة المتبادلة فى العنبر نابعة من الظروف الواحدة التى يعيشها المرضى ، ومرتبطة بالاجراءات الطبية . فقد كان معظم المرضى الذين أجريت لهم جراحـــات فى الجـــزء الاسفل من الجسم ، وخاصة المؤخرة يسيرون بعد أجراء الجراحة بانحناءة واضعين أيديهم على ظهورهم ، وكان هذا يثير ضحكات وتعليقات غيرهم ممن تخطوا هذه المرحلة . والبعض كان يحاول تقليدهم .

ونظرا لان المرضة كانت توجه سؤالا متكررا لكل مريض فى كل صباح ، وهو يتعلق بما اذا كان تبرز فى الصباح أم لا ؟ فقد كانت اجابة المريض تثير ضحك الاخرين . وفى الحالات التى كان يعانى منها المرضى من امساك بعـــد العملية كـــان المرضى يصفقون ويعلنون الانتصـــار اذا قرر المريض أنه تبرز بنجاح .

وقد كان المستشفى يصرف لكل مريض يعانى من متاعب فى الشرج حلقة من المطاط يجلس عليها ، وكانت هذه الحلقة سببا فى اثارة التعليقات ، وكانوا يخطفونها من بعض ، ويحاولون تفريغ الهواء منها اثناء نوم المريض .

أما الحقن الشرجية التى كانت تعطى للمرضى قبل العمليـــة فقد كـــانت أيضا مادة غنية للتعليقات ، فالمرضى كانوا يهددون اى مريض مشاغب بالتزام الصمت والا تعرض لحقنة شرجية . وكانوا يشجعون من يعانون من الامساك قائلين « اذهب للكابينيه والا الحقنة موجودة » . وبصفة عامة كانوا يسمون الحقنة الشرجية « القنبلة » bomb .

وكان كل مريض ينادى الاخر ليس باسمه انما باسم العملية الجراحية التى أجريت له ، لهذا كان فى العنبـــر **الاستاذ بواسير ، والاستاذ ناصـــور ، والاستاذ فتق ، وعم قولون .**

ونظرا لان الاطباء قـــد طلبوا من بعض المرضى الامتنـــاع عن الممارسة الجنسية فترة معينة بعد اجراء الجراحة ، فان المرضى كانوا يستدعون أحيانا الممرضة ويتظاهرون بانهم يسالونها بجدية ، ويلقون عليها السؤال بطريقة مستترة قائلين : « متى نبدأ فى . . . » ثم ينفجرون فى الضحك .

الزيـــــارة :

كانت الزيارة ظاهرة هامة واساسية فى حياة من يقيمون فى العنبر ومن يعملون فيه على السواء . فكل فريق من الفريقين كان شديد الاهتمام بالزيارة خاصة وان نظام المستشفى كان يسمح للاهالى بزيارة مرضاهم مرتين فى اليوم الواحد . من الساعة الحادية عشرة الى الثانية عشرة صباحا ، ومن الساعة السادسة الى السابعة بعد الظهر . وعلى ذلك **كان فريق التمريض ينشغل باعداد العنبر لاستقبال الزوار مرتين يوميا .** وكان هذا يتضمن مساعدة المرضى على أن يبدوا فى افضل مظهر يليق باستقبال أقاربهم ، ويتضمن تنظيف العنبر وتنظيمه لكى يبدو فى أبهى صورة . ثم اعادة الجو الطبيعى للعنبر بعد انتهاء الزيارة . وقد لوحظ أن المرضى كانوا ينشغلون فى تجهيـــز أنفسهم فيقطعون الاتصال بينهم تمهيدا للاتصال بذويهم . فقد كان كل مريض يقضى فترة من الوقت قبل الزيارة منفردا مع نفسه استعدادا للاتصال بالعـــالم الخـــارجى (بالزوار) الذى كان جزءا منه قبل أن يضطره المرض الى قبول الاقامة فى العنبر والانفصال عن هذا العالم .

وبقدر ما كانت الزيارة — والاستعداد لها — تلقى اعباءا على فريق التمريض بالعنبر ، بقدر ما كان كل منهم يحاول ان يفعل كل ما يمكنه لاعداد العنبر لقبول الغرباء الذين يمكن أن يعلقوا على كل ما يلفت انظارهم داخل العنبر . والملاحظ المدقق كان يمكن ان يرى الحركة وهى فى العنبر تزداد كلما اقترب موعد الزيارة ، فاعضاء فريق التمريض يعملون على مساعدة المرضى فى حلاقة ذقونهم ، او غسيل وجوههم ، او تغيير ملابسهم . وبصفة عامة فهم يحاولون مساعدة كل مريض لا يمكنه الاستعداد لاستقبال زواره بمفرده . وقد لوحظ ان ما يقوم به فريق التمريض تجاه المرضى بهمة ونشاط كان يؤدى الى نوع من التوحد فى المشاعر بين المرضى وفريق التمريض ، فقد كانوا يشعرون أنهم يستعدون جميعا للالتقاء بالمجتمع الخارجى الذى سيغزوا العنبر . انه شعور يماثل الشعور الذى ينشأ بين افراد الاسرة من الاهمية حينما يتعاونون فى ترتيب منزلهم لاستقبال زوار على درجة كبيرة من الاهمية . وقد كانت المرضة تنادى دائما بصوت عال على جميع المرضى قبل فتح الباب للزيارة قائلة : « هل كل واحد مستعد لاستقبال الزوار ؟ » .

والزيارة تقوم بوظيفة هامة بالنسبة للمريض ، وهى تتضمن معان كثيرة أيضا ، مثل الصداقة ، والمشاركة فى الالم ، وما الى ذلك . وقد اتضح أن السماح بالزيارات المتكررة لمريض تزيل الحواجز بين أهل المريض وبين المستشفى ، فلا يتطرق اليهم — أو الى المريض — الاحساس بأن المستشفى عبارة عن سجن . بل مكان للاستشفاء . وقد كان أهالى المرضى يشعرون بزيادة الالفة عندما يأتون كل يوم لزيارة مريضهم . ويتوقع أن يؤثر ذلك فى اتجاهات من هم خارج المستشفى بحيث يتأكدون أن المستشفى ليست مكانا للعزلة القاسية كما يتصور البعض .

كما أن الزيارة تد تسهم فى ايجاد علاقة — ولو قصيرة — بين أهل المريض وبين المستشفى تبعث على اطمئنانهم . خاصة اذا حرصت المستشفى على ذلك . وقد كان أهالى المرضى يأتون الى هـذا العنبر وفى أذهانهم الكثير من الاسئلة التى لا يمكن لمريض أن يجيب عليها . خاصة فى حالة المرضى صغار السن ، أو غير القادرين على الاستفسار عن حالتهم بدقة . وعلى الرغم من أن وقت الزيارة كان وقتا مناسبا لفريق التمريض لكى يأخذ قسطا من الراحة ، أو أن ينشغل فى أعمال أخرى ، الا أنه كان يتواجد فى العنبر دائما عدد من الممرضات لمقابلة الزوار والاجابة على استفساراتهم . واذا كانت الإجابة على الاسئلة أمرا ضروريا ، فان وجودهن فى العنبر أثناء الزيارة كان كافيا لان يعلن عن اهتمامهم بالمرضى ولو بطريقة غير مباشرة . فطريقة معاملة الزوار كانت تعطى للزوار نموذجا لطريقة معاملة المرضى . وقد كان المرضى يتكلمون الى اعضاء فريق التمريض أثناء الزيارة بطريقة غير رسمية .

وبصفة عامة فان وقت الزيارة كان يعتبر تغييرا فى جو العنبر وفى روتينه اليومى • وقد كان يحقق قدرا من السعادة النفسية لكل مريض . وقد كان من السهل على من يلاحظ المرضى وهم يتطلعون الى باب العنبر بمجرد فتحه لكى تقع عين كل منهم على زواره أن يدرى مدى الرغبة التى تكون لدى المريض لرؤية ذويه منذ أول لحظة لدخولهم العنبر .

واخيرا ، اذا كنت قد حاولت فى هذه الدراسة أن اقدم وصفا للتنظيم والعلاقات والظواهر السائدة فى هذا العنبر ، فاننى اتمنى أن يكون له فائدة عملية تتخطى مجرد الاهداف النظرية التى تتعلق بكتابة المقال ، وهـذا هو السبب فى أننى حاولت أن اضيف الى الوصف بعض التعليقات والاراء التى يمكن أن يفيد منها من لهم اهتمام بالصحة والمرض ، وتنظيم المستشفيات ، ومن يقومون على رعاية المرضى ، ويحرصون على راحة الانسـان فى فترة عصيبة يحتاج فيها الى العمل الجاد والامين والانسانى أيضـا . واذا كنت اعترف أن هذا المقال قصير جدا بحيث انه لم يتطرق الى مناقشة أبعاد وجوانب أن اجمع بين النظرية العلمية التحليلية وبين الاهتمـام بالحلول والتطبيقات كان لابد من مناقشتها ، فاننى مقتنع بأن المشكلات التى اثيرت باختصار يمكن أن تكون نواة لمناقشات تؤدى الى حلول عملية تتعلق بتحسين خدمة المريض . وسوف احاول ان اقدم للمهتمين بهذه الموضوعات عملا علميا ، سأجتهد فيه أن اجمع فيه بين النظرية العلمية التحليلية وبين الاهتمام بالحلول والتطبيقات العملية المؤسسة على رؤية صادقة لواقعنا المجتمعى فى القطاع الصحى ، واتمنى أن يكون هذا العمل أوسع نطاقا ، وأكثر شمولا من هـذه البـداية البسيطة وان يمتد الى عمل اكثر اكتمالا فى المستقبل .

المراجع العربيـــة

— د. ابراهيم عبد الرحمن رجب وآخرون
أساسيات تنظيم المجتمع ، سلسلة قراءات فى تنظيم المجتمع ، الكتاب الاول ، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٨٣ .
— د. احمـــد ابو زيد
البناء الاجتماعى ، الجزء الأول « المفهومات » ، الدار القوميـــة للطباعة والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٦٥ .
— د. احمـــد الخشـــاب
التفكير الاجتماعى ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٧٠ .
— احمـــد الســـنهورى
اصول خدمة الفرد ، المطبعة العالمية ، القاهرة سنة ١٩٦٢ .
— أحمـــــد امين
قاموس العادات والتقاليد والتعابير المصرية ، القاهرة ، سنة ١٩٥٣ .
— د. احمـــد عزت راجح
أصول علم النفس ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٨٥ .
— احمـــد مصطفى خاطر
الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية سنة ١٩٨٤ .
— د. احمـــد عيسى
آلات الطب والجراحة والكحـــالة عنـــد العرب ، مطبعـــة مصر ، سنة ١٩٣٠ .
— ادوين سذرلاند و دونالد كريسى
مبادىء علم الاجرام ، ترجمة ومراجعة اللواء محمود السباعى والدكتور حسن صادق المرصفاوى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة سنة ١٩٦٨ .
— اقبـــال محمد بشير و سلوى عثمان
الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجـــال الطبى . المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٦ .
— انيس عبـــد الملك
خدمة الجماعة ودورها فى المجتمع المعاصر . مكتبـــة الانجلو المصرية ، سنة ١٩٧٤ .
— د. ثروت اسحق
دور الخدمة الاجتماعية فى المجتمع ، دراسة للنشأة والطرق والتطبيقات ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ .
— جـــاك لوب
العالم الثالث وتحديات البقاء ، ترجمة أحمد فؤاد بلبع ، عالم المعـــرفة ، الكويت .

— جليفورد ج. ب.
ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الثانى : الميادين التطبيقية ، اشراف الدكتور يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٨٣ .

— جليفورد ج. ب.
ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الاول : الميادين النظرية ، اشراف الدكتور يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٨٤ .

— جوليان روتر
علم النفس الاكلينيكى ، ترجمة الدكتور عطية محمود هنا ، مكتبة أصول علم النفس الحديث ، دار الشروق ، بيروت ، الطبعة الثانية سنة ١٩٨٤ .

— حسن محمد كاشف
العوامل الشخصية المرتبطة بالاستهداف للحوادث فى الصناعة ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب جامعة عين شمس ، سنة ١٩٨٢ .

— حسين عبد الواحد رشوان
دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والامراض . دراسة فى علم الاجتماع الطبى ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٣ .

— اللواء رفعت الجوهرى
جنة الصحراء . سيوة أو واحة آمون ، الدار القومية للطباعة والنشر ، الطبعة الاولى

— د. زينب حسين ابو العلا
أثر ممارسة الخدمة الاجتماعية فى تقبل المصاب بالبتر لذاته ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية — جامعة حلوان ، سنة ١٩٧٩ .

— دكتور سعد جلال
المرجع فى علم النفس ، مكتبة دار المعارف الحديثة ودار الفكر العربى . الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ .

— سعيد محمد الحفار
البيولوجيا ومصير الانسان ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، الكويت ، نوفمبر سنة ١٩٨٤ .

— د. عادل الدمرداش
الادمان . مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة (٥٦) ، الكويت ، اغسطس سنة ١٩٨٢ .

— د. عادل محمد أنس
تطوير الخدمات . تجربة ميدانية بمستشفى المنيل قبلى ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية — جامعة حلوان ، سنة ١٩٨٤ .

— د. عاطف غيث
قاموس علم الاجتماع ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سنة ١٩٧٩ .
— د. عاطف وصفى
الانثروبولوجيا الثقافية ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٧٥ .
— د. عاطف وصفى
الثقافة و الشخصية ، الشخصية المصرية التقليدية ومحدداتها الثقافية ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٨٠ .
— عبد الجبار الراوى
البادية ، الطبعة الثالثة ، بدون ناشر ، سنة ١٩٧٣ .
— د. عبد الفتاح عثمان
خدمة الفرد فى المجالات النوعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، سنة ١٩٨٥ .
— عبد الله عبد الحى موسى
المدخل الى علم النفس ، مكتبة الخانجى بالقاهرة ودار الرفاعى بالرياض ، الطبعة الثالثة ، سنة ١٩٨٢ .
— فاطمة مصطفى الحارونى
خدمة الفرد فى مخيط الخدمات الاجتماعية ، الجزء الثانى ، مطبعة السعادة ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٧٥ .
— فرج عبد القادر
العلاقة بين الاصابة فى المناعة والصحة النفسية للذكاء ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب — جامعة عين شمس ، سنة ١٩٦٥ .
— د. فرج عبد القادر
علم النفس وقضايا العصر ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة الثالثة سنة ١٩٨٢ .
— مجموعة سيناء الاستشارية
ندوة تدريس العلوم الاجتماعية فى كليات الطب ، الاسماعيلية ، سنة ١٩٨٤ .
— د. محمد الجوهرى
الانثروبولوجيا . أسس نظرية وتطبيقات عملية ، الطبعة الاولى ، القاهرة ، سنة ١٩٨٠ .
— د. محمد الجوهرى
الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد الاول ، سنة ١٩٨٠ .
— د. محمد سعيد فرج
البناء الاجتماعى والشخصية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٠ .

— محمد سيد فهمى ، السيد رمضان
الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية (المجرمين — المعوقين) ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٤ .
— د. محمد شمس الدين احمد
العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، سنة ١٩٧٦ .
— د. محمد صادق صبور وزملاؤه
الطب مريضا ، مكتبة النيل للطبع والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٨٣ .
— د. محمد عارف
تالكوت بارسونز . رائد الوظيفية المعاصرة من علم الاجتماع ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، سنة ١٩٨٢ .
— د. محمد عبد المنعم نور
الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مكتبة القاهرة الحديثة ، القاهرة ، سنة ١٩٧١ .
— د. محمد عبده محجوب
الانثروبولوجيا ومشكلات التحضر ، الكتاب الثانى : مشكلات التحضر فى المجتمع المصرى ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨١ .
— د. محمد علي وآخرون
دراسات فى علم الاجتماع الطبى . دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٤ .
— د. مصطفى سويف
مقدمة فى علم النفس الاجتماعى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، سنة ١٩٨٣ .
— د. مصطفى سويف
دروس مستفادة من بحوث تعاطى المخدرات فى مصر ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، اشراف الدكتور محمد الجوهرى ، العدد السادس ، دار المعارف ، القاهرة ، ابريل سنة ١٩٨٤ .
— معجم العلوم الاجتماعية
اعداد نخبة من الاساتذة المصريين والعرب المتخصصين ، تصدير ومراجعة الدكتور ابراهيم مدكور ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، سنة ١٩٧٥ .
— د. نبيل صبحى حنا
الانثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، اشراف الدكتور محمد الجوهرى ، العدد الثالث ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٨٢ .

— د. نبيل صبحى حنــــا
انثروبولوجيا جسم الانسان . مع دراسة تفصيلية للروائح وتاثيرها على التفاعل الاجتماعى ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، اشراف الدكتور محمد الجوهرى ، العدد الرابع ، القاهرة ، إكتوبر سنة ١٩٨٤ .
— د. نبيل صبحى حنــــا
المجتمعات الصحراوية فى الوطن العربى ، دار المعارف ، القــاهرة ، سنة ١٩٨٤ .
— د. نبيل صبحى حنــــا
الانثروبولوجيا الاجتمــاعية . دراسة الجماعات والمجتمعات محــدودة النطاق ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ .
— د. نجيب محفــوظ
حياة طبيب ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة الثانية ، سنة ١٩٦٦ .
— ايسنان سيمون
الناس والطب فى الشرق الاوسط ، ترجمة الدكتور سعيد عبده ، المكتب الاقليمى للصحة العالمية فى شرق البحر الابيض المتوسط ، الاسكندرية ، سنة ١٩٦٨ .
— يحيى حسن درويش
الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيل الاجتماعى للمعوقين ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٢ .

المراجع الأجنبيـــة

— **Anwar Alwi,**
Text Book of Pathology, Fifth Edition, El-Nasr Modern Bookshop, Cairo, 1970.

— **Beals R.L. & Hoijer H.,**
An Introduction to Anthropology, The Macmillan Company, New York, Third Edition, 1965.

— **Carlton E. Munson,**
Social Work with Families, Theory and Practice, The Free Press, New York, 1980.

— **Cumper G.E.,**
Determinants of Health Levels in Developing Countries, (R. S.P). John Wiley & Sons Inc., New York, 1984.

— **David Armstrong,**
The Way we Teach Medical Sociology, in Handbook of Sociology Teachers, by Roger Gomm and Patrick Neill, Heinemann, London, 1982.

— **David Bindey,**
Theoritical Anthropology, Columbia Univelrsity Press, New York, 1953.

— **David Blane,**
Inequality and Social Class, in Sociology as Applied Medicine, Op. Cit.

— **David Davis,**
A Dictionary of Anthropology, Fredrick Muller Ltd., London, 1972.

— **David Landy,**
Disease and Healing : Studies in Medical Anthropology, Macmillan, New York, 1977.

— **David Shakew,**
Clinical Psychology, in Encyclopedia of Social Sciences, 1968.

— **David Tuckett,**
An Introduction to medical Sociology, Tavistock Publications, London, 1976.

— Desmond Curran and Others,
Psychological -Medicine : An Introduction to Psychiatry, Longmann Group Limited, New York, Ninth Edition, 1980.

— Donald A Bakal,
Psychology and Medicine : Psychological Dimensions of Health and Sickness, Springer Publishing Company, Inc., New York, 1979.

— Donald A. Kennedy,
Anthropologists in medical Education, Medical Anthropology, Vol. 3., No. 3., 1979.

— Donald L. Paric and Graham Scambler,
Sociology as Applied to medicine, Bailliere Tindall, London, 1982.

— Doyle Gentry,
What is Behavioral Medicine, in Social Psycholbgy and Behavioral Medicine, ed. by Richard Eiser, John Wieley & Sons Ltd., 1982.

— David Mecdanic,
Readings in Medical Sociology, The Free Press New York.

— Duncan Michell,
A Dictionary of Sociology, Routledge & Kegan Paul, 1975.

— Dr. El-Hadi El-Nagar & Dr. Baasher,
Psycho-medical Aspects of Nomadism in the Sudan, in Some Aspects of the Pastoral Nomadism in the Sudan, Khartoum, 1976.

— Elmer L. Stunning and Marica Guttentag,
Handbook of Evaluation Research, Vol. 1, SAGE Publications, London, 1975.

— Emily Mumford,
Medical Sociology : Patients, Providers and Polices, Random House, New York, 1983.

— Ernest Hilgard and Richard Atkison,
Introduction to Psychology, Harcourt, Brace and World Inc., Fourth Edition, 1967.

— Foster G.M. and Anderson B.G.,
Medical Anthropology, John Wiley & Sons, U.S.A., 1978.

— **Francis E. Merrill,**
Society and Culture. Printice-Hall Inc., 1960.

— **Freeman and others,**
Handbook of medical Sociology, Prentice-Hail,. Inc., New Jercy, 1979.

— **Harvey Brenner, and others,**
Assissing tho contributions of Social Sciences to Health, American Association for the advancement of Science, Washington, 1980.

— **Helen Nowlis,**
Drugs Demystified, The Unesco Press, Paris, 1975.

— **Howard Jones N. & Bankowskiz.,**
Medical Experimentation and the Protection of Human Rights, Council For International Organizations of Medical Sciences, Geneva, 1979.

— International Encyclopedia of Social Sciences, The Macmillan Company and the Free Press, New York, 1968.

— **Irving K. Zola,**
Culture and Symptoms : An Analysis of the Patients' Presenting Complaints., in Problems of the Modern Society. Op. Cit.

— **John Beattie,**
Other Cultures, Routledge and Kegan Paul, Ltd., London, 1964.

— **John Denton,**
Medical Sociology, Houghton Mifflin Company, London, 1978.

— **John Gunn,**
Management of the Patients who have Committed Dffences, Medicine, (The Quaterly add-on Series of the Practical General Medicine), 1975.

— **John Eric,**
Social Change, New York, 1960.

— **John Madge,**
The Origins of Scientific Sociology, Tavistock Publications, U.K., 1970.

— **John Mann,**
Frontiers of Psychology, The Macmillan Company, New York, 1963.

— **James C. Norton,**
Introduction to Medical Psychology, Free Press, London, 1982.

— **John J. Pietrofesa,**
Counceling : An Introduction, Houghton Mifflin Company, U.S.A., 1984.

— **John Rex**
Power, Conflict, Values and Change, in Peter Worsley, Op. Cit.

— **Kent and Dalgleish,**
Psychology and Medical Care, Van Nostrand Reinhold. U.K., 1983.

— **Linda Alexander,**
Clinical Anthropology : Morals and Methods, Medical Anthropology, Vol. 3., No. 2., 1979.

— **Logan M.H. and Hunl E.E.,**
Health and Human Condition, Duxbury Press, North Sciluate, 1978.

— **Loudon J.B.,**
Social Anthropology and Medicine, ASA., Academic Press, London, 1976.

— **Margot Fefferys,**
Does Medicine Need Sociology, in David Tucket, Op. Cit.

— **Margret Eden,**
Social Work Investigation and Management, Medicine, The Quaterly-addon Series of Practical General Medicine (5 Psychiatry).

— **Martin Davis,**
The Essential Social Worker, Aguide to Positive Practice, Educational Books, Heinemann, London. 1981.

— **Michael Hill & Peter Laing,**
Social Work and Money, George Allen and Unwin TLD.; London, 1979.

— **Myfanwy Morgan,**
The Doctor-Patient Relationship, in Donald L. Patrick and Graham Scambler, Op. Cit.

— **Myfanway Morgan and others,**
Sociological approaches to health and medicine, Groom Helm, London, 1985.

— Network of the Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences, News Letter, No. 5, Feb. 1986.

— **Peter Wingate,**
Medical Encylopedia, Penguin Books, U.K., 1975.

— **Philip Houser,**
Problems of Rapid Urbanization in Peter Worsley, Op. Cit.

— **Ralf Hingson and Dthers,**
In Sickness and in Health, Social Dimensions of Medical Care, The C.V. Mosby Company, London, 1981.

— **Ralph Turner,**
The Nature of Role Interaction, In Modern Sociology, ed. by Peter Worsley, Penguin Books, 1972.

— **Ray H. Elling and Magdalena Solowska,**
Medical Sociologists at work, Transaction Books, New Jercey, 1978.

— Reynolds I. and Nicholson C.,
Living in a Hight Flats, in Peter Worsley, .Op. Cit.

— Report of the Working Group on the Social and Behavioral Sciences in the Health Servies and Manpower Development, WHO, Alexandria, Egypt, 25-29 July, 1977.

— Report of a Consultative Group Meeting on Appliation of Behavioral Sienes in Health Servies in Developing Countries, WHO, Alexandria, Egypt, 2-5 Sept., 1985.

— Rebert Burns, c
Essential Psyhology, MTP Press Limited, England, 1980.

— Robert E. Cooke.
Ethical Considération in the Selection and Recruitment of the Children for Reseárch, in Howard Jones and Bankowski, Op. Cit.

— Robert D. McCraken,
Selected Papers in future of the medical Anthropology, Medical Anthropology, Vol. 3, No. 3., 1979.

— Sanford I. Cohen and Robert N. Ross,
Handbook of Clinical Psychology Vol. 1., Hemisphere publishing Corporation, U.S.A., 1983.

— Sjaak van delr Geest and Klass W. van der Veen.
In Search for Health, Anthropologisch Sociologische Centrum, Universiteit van Amesterdam, Amesterdam. 1979.

— Standard Dictionary of Folklore, Mythology ond Legend Funk & Wagnalls Company, New York, 1950.

— Susser M.W. and Watson W.,
Sociology in Medicine, Oxford niversity Press, Second Edition, London, 1975.

— Tom Douglas,
Group Work Practice , Tavistock Publications, London, 1976.

— William Candill,
Applied Anthroplogy in Medicine, in Anthropology Today, by Kroeber, 1950.

— Witting A.F.,
Theory and Problems of Introduction to Psychology, Mc Graw-Hill Books Company, U.S.A., 1977.

— Young and Mack,
Principles of Sociology, American Book Company, New York, 1960.

— Dr. Zohair Nooman,
Clinical Trianing in Health Care Setting, News Letter, Op. Cit.

إيريني للطباعة
مطبعة السلام

١٧ شارع السيد هاشم المتفرع من معمل الالبان (مدرسة المماليك)
الخلفاوى — شبرا ت ٦٤١٨٣٣

رقم الايداع ٢٤٩٤ — ٨٧

هذه السلسلة :

* تهتم بقضايا الصحة والمرض فى علاقتها بالعوامل الاجتماعية والسلوكية .

* يهدف الى تقديم دراسات علمية تفيد المتخصص فى الدراسات الاجتماعية وفى الطب . كما تفيد ايضا ممارس الطب والمريض على السواء .

* نطاق دراسات السلسلة من مسلمة اساسية هى ان البحث العلمى الجاد والاصيل والامين يمكن ان يقدم دراسات نافعة تساعد من يهتمون بالجانب الصحى فى الانسان على اداء عملهم بكفاءة عالية .

* ترتكز التوجهات الاساسية فى السلسلة على ركيزتين : الاولى ضرورة التكامل بين العلوم كشرط اساسى لتحقيق الفهم الكامل للانسان بصفة عامة والموقف الصحى بصفة خاصة . والثانية حتمية استناد دراسة وفهم الواقع على اساس نظرى واضح .

* نأمل من خلال ذلك ان تسهم السلسلة فى تنمية المجتمع من خلال الاهتمام بكفاءة اهم عنصر من عناصر الانتاج ـ ذلك الذى يهدف الانتاج الى رفاهيته ـ وهو العنصر البشرى .

١٠٤٩٤ — ٨٧

— ٥٣٧٠ — ٠٥ — ٩٧٧

إيريني للطباعة
مطبعة السلام

١٧ شارع السيد هاشم المتفرع من محل الألبان (مدرسة الممتاز)
الخلفاوى ــ شبرا ت ٦٤١٨٣٣

